（様式Ｓ－２－１）

発送	不要 ・ ／ （確認書　　枚　お知らせ　　枚）

※

個人番号	喪失証明	住民票		適用除外	S14	入　力
添付 なし	添付	添付	不備	添付 なし 封筒有	添付 なし	
／	／	／	TEL済 ／	／	／	

※

副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係

組 准 家族の追加 資格取得届

記号	番号
医国　　0	――

※ 印のところは記入しないでください。

「提出にあたっての注意事項」及び「記入例」を参照の上、ご記入ください。

種別	フリガナ 氏名	性別	生年月日	(准)組合員との続柄	マイナ保険証利用登録	※資格取得年月日	資格取得事由番号	従前の加入状況 保険者名		本人家族	状況
家族		1 男 2 女	3 昭 4 平 5 令 年 月 日		有・無	※ 4 平成 ・ 5 令和 年 月 日		種類 保険者名 記号番号	国保・共済・社保・その他	本人・家族	平成・令和 年 月 日 資格喪失 ・ 喪失予定(加入中)
		1 男 2 女	3 昭 4 平 5 令 年 月 日		有・無	※ 4 平成 ・ 5 令和 年 月 日		種類 保険者名 記号番号	国保・共済・社保・その他	本人・家族	平成・令和 年 月 日 資格喪失 ・ 喪失予定(加入中)
		1 男 2 女	3 昭 4 平 5 令 年 月 日		有・無	※ 4 平成 ・ 5 令和 年 月 日		種類 保険者名 記号番号	国保・共済・社保・その他	本人・家族	平成・令和 年 月 日 資格喪失 ・ 喪失予定(加入中)
		1 男 2 女	3 昭 4 平 5 令 年 月 日		有・無	※ 4 平成 ・ 5 令和 年 月 日		種類 保険者名 記号番号	国保・共済・社保・その他	本人・家族	平成・令和 年 月 日 資格喪失 ・ 喪失予定(加入中)
		1 男 2 女	3 昭 4 平 5 令 年 月 日		有・無	※ 4 平成 ・ 5 令和 年 月 日		種類 保険者名 記号番号	国保・共済・社保・その他	本人・家族	平成・令和 年 月 日 資格喪失 ・ 喪失予定(加入中)

この届に関する照会で、組合員に連絡がつきにくい場合、他に連絡先があれば記入してください。

TEL　　－　　－

備　考

令和　　年　　月　　日 上記のとおり念書及び必要書類を添えて届けます。

医療機関
所在地 〒
名称
TEL　　FAX

組合員
氏名

組	医国	－

准組合員
住所 〒
氏名

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

資格取得事由番号	
事由番号	事由名称
1	転入
3	社保喪失
4	生活保護廃止
5	他国保組合喪失
6	市町村国保喪失
8	出生
19	その他

念書

大阪府医師国民健康保険組合組合員資格取得の届出にあたり、下記条項を約諾いたします。

記

1. 組合員及び准組合員に賦課される保険料は、組合員の責任において納入すること。
1. 組合員世帯及び准組合員世帯に属する被保険者の資格得喪の届出、並びに附加給付の支給申請等はすべて組合員の責任において取扱うこと。
1. 組合員世帯及び准組合員世帯に属する被保険者又は被保険者であった者に係る不当利得等返還金については、組合員又は組合員であった者若しくはその相続人が最終責任を負うものとすること。
1. 組合員・准組合員の資格喪失後の被保険者証・資格確認書・高齢受給者証の回収は組合員の責務とすること。
1. 自己の開設・管理・勤務する医療機関における組合員・准組合員の世帯（本人及びその世帯に属する被保険者）の治療（院外処方せん発行を含む）については自家診療として請求しないこと。
1. 被保険者は、国民健康保険法等の関係法令のほか、当組合の規約・規則・規程を遵守すること。

以上

令和　　年　　月　　日

組合員氏名　　㊞

発送	不要 ・ ／ （確認書　　枚　お知らせ　　枚）

（様式Ｓ－２－１）

※

副理事長	担当理事	事務局長	次 長	課長(補佐)	係 長	係

＊マイナンバーカードの保険証利用登録状況を記入してください

組 准 家族の追加資格取得届

※

記入例
准組合員家族が追加加入の場合

記号	番号
医国 9 9 0	9 9 9 9 ― 9 9 9

※ 印のところは記入しないでください。

「提出にあたっての注意事項」及び「記入例」を参照の上、ご記入ください。

種別	フリガナ / 氏名	性別	生年月日	(准)組合員との続柄	マイナ保険証利用登録	※資格取得年月日	資格取得事由番号	従前の加入状況 保険者名	本人家族	状況	この届に関する照会で、組合員に連絡がつきにくい場合、他に連絡先があれば記入してください。
家族	カンサイ サクラ 関西 桜	1 男 2 女	3 昭 4 平 5 令 18年3月3日	妻	有・無	※ 4 平成・5 令和 年 月 日	3	種類 国保・共済・社保・その他 保険者名 ○○社会保険事務所 記号番号 ○はろは-15	本人・家族	平成・令和 ○○年 8月 1日 資格喪失・喪失予定(加入中)	事務担当（国保松子） 組合員自宅 TEL 06 － 6761 － 0596 備考
	カンサイ ミドリ 関西 みどり	1 男 2 女	3 昭 4 平 5 令 4年5月7日	子	有・無	※ 4 平成・5 令和 年 月 日	8	種類 国保・共済・社保・その他 保険者名 出生につき記入不要 記号番号	本人・家族	平成・令和 年 月 日 資格喪失・喪失予定(加入中)	
		1 男 2 女	3 昭 4 平 5 令 年 月 日		有・無	※ 4 平成・5 令和 年 月 日		種類 国保・共済・社保・その他 保険者名 記号番号	本人・家族	平成・令和 年 月 資格喪失・喪失予定(	
		1 男 2 女	3 昭 4 平 5 令 年 月 日		有・無	※ 4 平成・5 令和 年 月 日		種類 国保・共済・社保・その他 保険者名 記号番号	本人・家族	平成・令和 年 月 日 資格喪失・喪失予定(加入中)	
		1 男 2 女	3 昭 4 平 5 令 年 月 日		有・無	※ 4 平成・5 令和 年 月 日		種類 国保・共済・社保・その他 保険者名 記号番号	本人・家族	平成・令和 年 月 日 資格喪失・喪失予定(加入中)	

＊原則、組合員へ連絡しますが、連絡先のご希望があれば必ずご記入ください。

令和 ○○ 年 ○月 ○日 上記のとおり念書及び必要書類を添えて届けます。

医療機関
所在地 〒542-0062 大阪市中央区上本町3丁目1-7
名称 （医）国保医院
TEL 06（6761）8096 FAX 06（6761）8096

組合員
氏名 国保 一郎

組	医国 999	9999 － 001

准組合員
住所 〒540-0123 ○○市△△町5-5-5
氏名 関西 一雄

資格取得事由番号	
事由番号	事由名称
1	転入
3	社保喪失
4	生活保護廃止
5	他国保組合喪失
6	市町村国保喪失
8	出生
19	その他

念書

大阪府医師国民健康保険組合組合員資格取得の届出にあたり、下記条項を約諾いたします。

記

1. 組合員及び准組合員に賦課される保険料は、組合員の責任において納入すること。
1. 組合員世帯及び准組合員世帯に属する被保険者の資格得喪の届出、並びに附加給付の支給申請等はすべて組合員の責任において取扱うこと。
1. 組合員世帯及び准組合員世帯に属する被保険者又は被保険者であった者に係る不当利得等返還金については、組合員又は組合員であった者若しくはその相続人が最終責任を負うものとすること。
1. 組合員・准組合員の資格喪失後の被保険者証・資格確認書・高齢受給者証の回収は組合員の責務とすること。
1. 自己の開設・管理・勤務する医療機関における組合員・准組合員の世帯（本人及びその世帯に属する被保険者）の治療（院外処方せん発行を含む）については自家診療として請求しないこと。
1. 被保険者は、国民健康保険法等の関係法令のほか、当組合の規約・規則・規程を遵守すること。

以上

令和 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

組合員氏名 国保 一郎 国保㊞

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

組 准 家族の追加資格取得届提出にあたっての注意事項

○ 結婚・出生・転入・他保険喪失等により家族が加入する場合には、家族の追加資格取得届を事由が発生した日から14日以内にご提出ください。

○ 70歳以上の方が加入する場合は、「高齢受給者証」の交付対象者となりますので、マイナンバーによる所得情報照会事務を実施し、所得判定を行います。

○ 家族加入資格は、組合員もしくは准組合員と同一世帯に属している家族に限ります。

○ 組合員家族の加入の場合は、准組合員の住所・氏名欄は空欄にしてください。

＜ 添付書類 ＞

○ 世帯全員の住民票（住民票謄本）
- 家族加入の場合は添付。 《【注】加入する家族のみの住民票ではなく、世帯全員が記載されている住民票を添付）》

○ 資格喪失証明書（出生の場合は不要）
- ☆ 従前に加入していた保険が市町村国保の場合は、資格喪失証明書が交付されないため、市町村国保被保険者証又は資格確認書又は資格情報のおしらせのコピーを添付。

○ 高齢受給者証
- 高齢受給者がいる世帯に70歳以上の方が追加加入する場合、高齢受給者証の添付を必要とする場合があります。

○ 世帯における保険の加入状況 確認書 （S-14）

○ 個人番号届出書 （S-15）

資格取得日について

取得日は医師国保組合規約取扱規則第4条に基づき決定します。

★記入方法

○ 記号・番号 ・・・ 組合員（もしくは准組合員）本人の被保険者の記号番号を記入

○ 氏名 ・・・ 加入する家族の氏名・フリガナ

○ 性別・生年月日 ・・・ 加入する家族の男女の別・生年月日

○ （准）組合員との続柄 ・・・ 組合員（もしくは准組合員）本人から見た続柄

○ マイナ保険証利用登録 ・・・ 個人ごとのマイナンバーカードの保険証利用登録状況を○で囲む

○ 資格取得年月日 ・・・ ※記入不要

○ 資格取得事由番号 ・・・ 資格取得事由番号の中から、該当する番号を選び記入

事由番号＜事例＞
- 結婚・同居等により、本人と同世帯となる場合・・・「1」を記入
- 社保加入事業所退職・社会保険の扶養認定から外れる場合・・・「3」を記入
- 当組合以外の国保組合の資格を喪失して加入する場合・・・「5」を記入

○ 従前の加入状況（当組合に加入するまで加入していた公的保険について）
- ・ 保険者名・種類 ・・・ 該当する保険の種類を○で囲む
- ・ 記号番号 ・・・ 加入していた保険の記号番号
- ・ 本人・家族 ・・・ 加入していた保険の本人加入・家族（扶養）加入の別
- ・ 状況 ・・・ 加入していた保険の資格喪失日もしくは、喪失予定日を記入

○ その他連絡先 ・・・ 診療中・休診日等で組合員に連絡がつきにくい等、ご希望される連絡先（携帯電話・事務担当者や事務委託先等）がある場合は記入

○ 医療機関・組合員 ・・・ 組合員もしくは准組合員が勤務する医療機関の所在地・名称・TEL・FAX・組合員氏名

○ 組 医国 － ・・・ 組合員の被保険者の記号・番号

○ 准組合員 ・・・ 准組合員の住所（住民票の住所）・氏名

○ 念書 ・・・ 届出にあたり、内容を熟読の上、日付記入・組合員の署名・捺印