

### 国民健康保険被保険者資格取得届 (家族追加加入用)

※必ず申請書の項目をご記入下さい

組合員証番号	沖医国	加入者の資格取得日	令和 年 月 日	
自宅住所 ※住民票の住所を記入	〒 TEL (携帯可): FAX:			
被保険者となる者の氏名	性別	生年月日	続柄	資格取得の理由
1 (フリガナ) 個人番号	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日	本人	① 社保離脱 ( <input type="checkbox"/> 協会けんぽ・ <input type="checkbox"/> 共済組合・ <input type="checkbox"/> 健康保険組合) ② 国保離脱 ( <input type="checkbox"/> 市町村・ <input type="checkbox"/> 国保組合) ③ その他 ( <input type="checkbox"/> 出生・ <input type="checkbox"/> その他( ))
2 (フリガナ) 個人番号	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		① 社保離脱 ( <input type="checkbox"/> 協会けんぽ・ <input type="checkbox"/> 共済組合・ <input type="checkbox"/> 健康保険組合) ② 国保離脱 ( <input type="checkbox"/> 市町村・ <input type="checkbox"/> 国保組合) ③ その他 ( <input type="checkbox"/> 出生・ <input type="checkbox"/> その他( ))
3 (フリガナ) 個人番号	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		① 社保離脱 ( <input type="checkbox"/> 協会けんぽ・ <input type="checkbox"/> 共済組合・ <input type="checkbox"/> 健康保険組合) ② 国保離脱 ( <input type="checkbox"/> 市町村・ <input type="checkbox"/> 国保組合) ③ その他 ( <input type="checkbox"/> 出生・ <input type="checkbox"/> その他( ))
4 (フリガナ) 個人番号	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		① 社保離脱 ( <input type="checkbox"/> 協会けんぽ・ <input type="checkbox"/> 共済組合・ <input type="checkbox"/> 健康保険組合) ② 国保離脱 ( <input type="checkbox"/> 市町村・ <input type="checkbox"/> 国保組合) ③ その他 ( <input type="checkbox"/> 出生・ <input type="checkbox"/> その他( ))
5 (フリガナ) 個人番号	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		① 社保離脱 ( <input type="checkbox"/> 協会けんぽ・ <input type="checkbox"/> 共済組合・ <input type="checkbox"/> 健康保険組合) ② 国保離脱 ( <input type="checkbox"/> 市町村・ <input type="checkbox"/> 国保組合) ③ その他 ( <input type="checkbox"/> 出生・ <input type="checkbox"/> その他( ))
<b>【必要書類】</b> ① 住民票謄本 (世帯全員が記載されたもの) ※マイナンバーが記載された住民票の場合は、②は不要です。 ② マイナンバー確認書類 (「通知カード」もしくは「個人番号カード」の写し) ③ (県外就学者の場合のみ) 学生証のコピー又は、在籍証明書等				
上記のとおり必要書類を添えて届けます。 沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿 令和 年 月 日 <b>【医師組合員】</b> 証番号：沖医国 <input type="text"/> 個人番号： <input type="text"/> 自宅住所： 医師組合員氏名 _____ (印)		届出 代行者 (担当者)	事業所名称： 担当者氏名： TEL：	

**【個人番号の利用目的について】**  
 当組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収事務で利用する。  
 ※各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き組合業務の目的以外で利用することはありません。

組合記入欄	受付印	保険証番号
		備考
		処理・連動日： 適用除外日： 証発行： 銀行送付： MNS：

## ≪資格取得（家族追加加入用）の注意点≫

### <提出前にご確認ください>

○家族加入資格は、組合員と同一世帯に属している（住民票が同じ）家族に限ります。

※就学の為、一時的に住所が別となっている場合は、第116条該当・非該当届（資第8号）をご提出いただくことで、家族として加入することができます。

※所得による加入制限はありません。

○当組合は自家診療の給付の制限をしています。

（組合規約第11条抜粋）

被保険者が、自己の属する保険医療機関又は保険薬局について受ける診療については、特別の理由があるものとして理事会において承認したもののほか、療養の給付を行わない。

○同一世帯で市町村国保と医師国保の混在はできません。（国民健康保険法第19条第1項）

法律により、世帯単位の加入が義務付けられていますので、同一世帯で家族の方が市町村国保に加入している場合は、全員で当組合に加入していただくか、全員で市町村国保に残るかのどちらかになります。（※社会保険〔協会けんぽ、組合健保、各種共済組合〕、他の国保組合に加入している方を除く→被保険者証のコピーをご提出いただきます。）

### <適用除外承認申請書について>

当組合加入後の年金の種類が厚生年金である方は「健康保険被保険者適用除外承認申請書」の届出が必要となります。ただし、申請は「適用を受ける日」から5日以内に管轄の年金事務所へ届出を行うことになっており、5日以上経過している場合には適用除外申請を年金事務所が受理しない可能性がございます。その場合は社会保険へ強制加入となり、当組合へ加入することはできません。なお、当組合におきましても、事業所の方からの申請が遅延されている事例に関しましては、適用除外申請をお受けできない場合がございますのでご注意ください。

沖縄県医師国民健康保険組合

〒901-1105

南風原町字新川218-9

TEL：098-888-0087

FAX：098-888-0089

## 添付の書類にお忘れはありませんか？

医師国保加入手続きの際にご提出頂く書類は以下の通りです。  
提出物にお忘れがないか、改めてご確認くださいようお願い致します。

- (資第 1-4 号様式) 国民健康保険者資格取得届
- ①住民票謄本 (世帯全員が記載されたもの)
- ②マイナンバー確認書類 (加入者全員分の「通知カード」又は、「個人番号カード」の写し) ※1
- ③ (県外就学者の場合) 第 116 条該当・非該当届 ※2

※1 マイナンバーが記載された住民票の場合は、②は不要です。

※2 就学のため県外に移住している学生の場合のみ必要です。

【提出先】 ※点線内を切り取り、貼り付けてご利用下さい。

〒901-1105  
南風原町字新川 218-9  
(沖縄県医師会館内)  
沖縄県医師国民健康保険組合 宛