

被保険者資格取得(加入)届【医師(第1種及び第2種組合員)新規用】

様式第15号①

記号・番号 (事務局記入欄)	道医	資格取得年月日 (事務局記入欄)	年	月	日
-------------------	--------------	---------------------	---	---	---

組合員(被保険者)として加入を希望する医師 各種申請書等により得た組合員及び被保険者の情報は、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ぬ。届出は支店経由となり得るものとします。各欄の口はあてはまるものに✓を、選択項目はあてはまるものに○をつけてください。不備があるときは、再提出をお願いいたします。	所属医師会名 (郡市又は医育機関)	医師会	加入を希望する日	年	月	日
	北海道医師会 入会年月日	年	月	日	医籍登録番号	第
現住所 (住民票記載の住所)	〒		電話番号	—	—	
氏名(ふりがな)		組合員との続柄	今まで加入していた保険	マイナンバーカード の健康保険 証利用登録	職業	
生年月日		性別	個人番号(マイナンバー)		使用される事業所名	
ふりがな (姓) (名)		本人	<input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合) <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医師 事業所名: (新規加入時現況届【医師用】に詳細を記入)	
昭・平・令 年 月 日		男・女				
ふりがな (姓) (名)		配偶者 子 ()	<input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合) <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医師・パート・自営業・無職 未就学児・学生等(修学中) その他() 事業所名: 社会保険適用(有・無)	
昭・平・令 年 月 日		男・女				
ふりがな (姓) (名)		配偶者 子 ()	<input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合) <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医師・パート・自営業・無職 未就学児・学生等(修学中) その他() 事業所名: 社会保険適用(有・無)	
昭・平・令 年 月 日		男・女				
ふりがな (姓) (名)		配偶者 子 ()	<input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合) <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医師・パート・自営業・無職 未就学児・学生等(修学中) その他() 事業所名: 社会保険適用(有・無)	
昭・平・令 年 月 日		男・女				

【必要書類】 確認して✓をつけてください。

世帯全員の住民票 (「世帯主名」「続柄」の記載があり、『世帯全員の住民票』と記載のある、発行日より3か月以内のもの)

個人番号確認書類 [被保険者となる方全員分](マイナンバーカードのコピー 又は マイナンバーが記載された住民票 のいずれか)

前保険の資格喪失証明書 [被保険者となる方全員分](前保険が市町村国保の場合は「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」のコピー等)

新規加入時現況届【医師用】

上記のとおり、必要書類を添えて加入を申し込みます。

申込年月日	令和 年 月 日
医師(組合員)氏名	

北海道医師国民健康保険組合理事長 様

受付	年 月 日	支部(医師会) 担当者印
台帳整理	年 月 日	
組合宛回送	年 月 日	

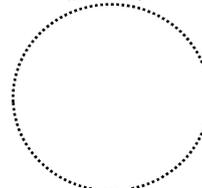
届出代行者 (担当者)	事業所名称	
	担当者氏名	
	連絡先電話番号	— —

加入区分	事由区分	台帳入力
新規加入	2. 社保離脱	
支部異動	3. 生保廃止	
再加入	9. 後期離脱	
	9. その他	

送付			
組	有	お知らせ	無 資格確認書
1	有	お知らせ	無 資格確認書
2	有	お知らせ	無 資格確認書
3	有	お知らせ	無 資格確認書
4	有	お知らせ	無 資格確認書

- 住民票
- 個人番号
- 喪失証明
- 現況届

受付日付印



新規加入時現況届【医師用】

医師(組合員)が所属(勤務)する医療機関等

組合が定める「組合員が従事する事業又は業務の種類」(別添)に該当する事を確認し、所属(勤務)先を届出ます。

主となる所属先	正式名称	(法人の場合は法人名も記入) <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 公的
	所在地	〒 <input type="text"/> 電話番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
	主な業務	<input type="checkbox"/> 診療・健診 <input type="checkbox"/> 産業医 <input type="checkbox"/> 研究職 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)
	就業形態	<input type="checkbox"/> 開業 <input type="checkbox"/> 勤務 (<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 / 週 <input type="text"/> 時間勤務)
	社会保険適用	<input type="checkbox"/> 適用あり (令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 該当) <input type="checkbox"/> 適用なし (個人事業所・短時間・他 <input type="text"/>)

* 社会保険適用となる方は、健康保険被保険者適用除外承認を受ける事が可能な場合に限り当組合に加入する事が出来ます。

* 医育機関(北海道大学、札幌医科大学、旭川医科大学)医師会所属の先生は、大学病院の診療科もご記入ください。大学に所属の場合は、教室名及び学年・役職名等をご記入ください。

所属の先	正式名称	<input type="checkbox"/> 社会保険適用 (有・無)
	正式名称	<input type="checkbox"/> 社会保険適用 (有・無)

* 全て届出てください。所属(勤務)先が4か所以上ある方は、記入した別用紙を添付してください。

住民票の家族の中に、今回の届出で当組合の資格取得をしない方(資格取得届に氏名が記入されない方)がいますか？

いない いる (資格取得をしない方全員について、以下をご記入ください。)

家族氏名(資格取得をしない方)	現在加入中の健康保険の種類
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> その他(<input type="text"/>)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> その他(<input type="text"/>)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> その他(<input type="text"/>)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> その他(<input type="text"/>)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> その他(<input type="text"/>)

* 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)

* 記入欄が不足の場合は、記入した別用紙を添付してください。

医師(組合員)が、過去に当組合の被保険者であったことはありますか？

ない ある [組合員として加入 家族として加入 准組合員(従業員)として加入
家族・准組合員であった場合 (組合員(医師)の氏名:)

組合よりの書類等の送付先について

現住所に送ってほしい
 勤務先(主となる所属先に記入の先)に送ってほしい
 上記以外 (宛先: 〒)

保険料の納付方法について

国保の診療報酬から引去り * 北海道医師会に引去り依頼書を提出している場合に限りです。
 銀行口座振替 (北洋銀行 北海道銀行 ゆうちょ銀行)

自家診療の給付制限について

「自家診療の給付制限」について規約等(別添)を確認し、了承しました。

当組合では、規約第15条により自家診療としている療養の給付は行わないこととしております。

※ 常勤・非常勤を問わず、加入する全ての被保険者の方(家族、従業員含む)が対象です。

※ 院外処方せんによる調剤を含みます。

上記については事実と相違ありません。

届出年月日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
医師(組合員)氏名	<input type="text"/>

北海道医師国民健康保険組合理事長 様

・ 不備があるときは、再提出をお願いします。
・ 各欄の□はあてはまるものに✓を、選択項目はあてはまるものに○をつけてください。項目は全て記入してください。

「被保険者資格取得届」についての注意点

マイナンバーカードの健康保険証利用登録欄について

マイナンバーカードの有効期限内かつ電子証明書が有効であるものを所持していて、健康保険証の利用登録がされている場合は「有」を、それ以外の場合「無」をチェックしてください。

必要書類について

- ・ 記載情報の変更がない場合に限り「個人番号通知カード」のコピーを個人番号確認書類として使用する事ができます。
- ・ 被保険者となる外国籍の方の住民票は、在留情報に係る項目が全て記載されたものをご提出ください。
- ・ 必要に応じて、記載されている以外の書類の提出を求める場合があります。

社会保険の適用となる方について

健康保険被保険者適用除外承認を受ける事が可能な場合に限り当組合に加入する事が出来ます。申請の可否については、事前に組合担当者までご確認をお願いします。(業務係:電話 011-271-7471)

被保険者となる家族・従業員の職業が「医師」である場合について

組合員としての加入要件を満たす場合(北海道医師会会員、医業従事等)、組合員として加入が必要となります。

自家診療の給付制限について

当組合では、組合規約第15条により「自家診療」の給付制限を実施しており、「**自家診療**」に該当する医療については給付を行わないこととしております。組合員が開設または勤務(非常勤含む)する医療機関において、組合員及び当組合に加入の家族及び従業員の方が診療を受けられた場合、「自家診療」に該当いたします。

- * 院外処方せんによる調剤を含みます。
- * 担当医が組合員以外であっても該当いたします。
- * 第2種組合員(札幌医科大学医師会、北海道大学医師会、旭川医科大学医師会に所属の先生)は、所属している診療科が該当となります。

【北海道医師国民健康保険組合 規約第15条関係分】

第3章 保険給付
(給付制限)
第15条 別表第1及び第1の2に掲げる医療については、これを自家診療として、法第36条に規定する療養の給付は行わない。ただし、やむを得ない場合は、別に定めるところにより給付を行うことができる。

別表第1(第15条関係) 第1種及び第3種組合員(以下この表で「組合員」と略す。)の自家診療

医療担当者	医療を受ける者
組合員及び組合の被保険者である医師	自己及びその世帯に属する被保険者
組合員が開設者又は管理者である施設の医師(組合員を含む。)	同左の施設の組合員及びその世帯に属する被保険者
法人が開設する施設の医師(組合員を含む。)	同左の法人の組合員及びその世帯に属する被保険者

別表第1の2(第15条関係) 第2種組合員の自家診療

医療担当者	医療を受ける者
組合員の所属する診療科(医育機関附属病院の定める診療科をいう。)に従事する医師	同左の診療科に所属する組合員及びその世帯に属する被保険者

《医師である組合員の種別》 北海道医師会会員であり、北海道内に住所を有していて、医療及び福祉の事業又は業務に従事する次に掲げる医師

- ◎第1種組合員 第2種組合員、第3種組合員に該当しない組合員
- ◎第2種組合員 札幌医科大学医師会、北海道大学医師会、旭川医科大学医師会の会員である組合員
- ◎第3種組合員 後期高齢者医療の被保険者である組合員

組合員(医師)が従事する事業又は業務の種類

当組合では、組合員が従事する医療及び福祉の事業又は業務の種類を次のとおり定めております。

- ①医療機関又は福祉施設の開設者又は管理者
 - ②医療機関又は福祉施設に勤務する医師
- ①及び②に該当しないが、医師等の国家資格を有する専門職としての事業又は業務に携わる者(非常勤勤務者を含む)
- ・ 医師、看護師、介護士等を育成する教育機関等の教師(講師)
 - ・ 審査支払機関における診療報酬明細書等の審査に携わる者
 - ・ 学校医、産業医、警察医、嘱託医(児童福祉施設)、園医、検案業務に携わる者、代務診療を行う者
 - ・ 公衆衛生活動に携わる者、検査・健診業務に携わる者及び救命救急の業務に携わる者
 - ・ 研究機関等において医学・医療・福祉に関する調査・研究・教育を行う者
 - ・ 医師会・国民健康保険組合等、その他医療関係機関の役員、委員及び議員等
 - ・ 国又は地方自治体(公的団体を含む。)の所管している外部審議会等の委員
 - ・ その他医師会等の事業又は業務に携わる者

* 医育機関(北海道大学、札幌医科大学、旭川医科大学)医師会所属の先生は、所属医師会の医育機関(大学や大学病院など)の所属が必要となります。