

被保険者資格取得届【家族追加用】

様式第15号③

|                                                |                                              |   |   |   |         |                              |   |   |                   |          |   |   |   |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|---|---|---|---------|------------------------------|---|---|-------------------|----------|---|---|---|
| 記号・番号                                          | 道医                                           | — | — | — | —       | —                            | — | — | —                 | 資格取得年月日  | 年 | 月 | 日 |
| (准組合員)                                         |                                              |   |   |   |         |                              |   |   |                   | (事務局記入欄) |   |   |   |
| 准組合員・<br>組合員                                   | <input type="checkbox"/> 組合員(医師)の家族<br>の資格取得 |   |   |   |         | 家族の資格取得を希望する日<br>(出生のときは誕生日) |   |   |                   | 年 月 日    |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> 准組合員(従業員)の家族<br>の資格取得 |                                              |   |   |   | 准組合員の氏名 |                              |   |   | 准組合員の個人番号(マイナンバー) |          |   |   |   |

|              |                                                                                                                                                                                                                                      |     |               |                                                                                                                     |  |                            |                                          |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|------------------------------------------|
| 新たに被保険者となる家族 | 氏名(ふりがな)                                                                                                                                                                                                                             |     | 組合員又は准組合員との続柄 | 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)                                                                                                                                                                                                                               |     | 配偶者           | <input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合)<br><input type="checkbox"/> 市町村国保<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  | <input type="checkbox"/> 有 | 医師・パート・自営業・無職<br>未就学児・学生等(修学中)<br>その他( ) |
|              | (姓) (名)                                                                                                                                                                                                                              |     | 子             | ( )                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> 無 | 事業所名:<br>社会保険適用(有・無)                     |
|              | 昭・平・令 年 月 日                                                                                                                                                                                                                          |     | 男・女           |                                                                                                                     |  |                            |                                          |
|              | (ふりがな)                                                                                                                                                                                                                               |     | 配偶者           | <input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合)<br><input type="checkbox"/> 市町村国保<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  | <input type="checkbox"/> 有 | 医師・パート・自営業・無職<br>未就学児・学生等(修学中)<br>その他( ) |
|              | (姓) (名)                                                                                                                                                                                                                              |     | 子             | ( )                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> 無 | 事業所名:<br>社会保険適用(有・無)                     |
|              | 昭・平・令 年 月 日                                                                                                                                                                                                                          |     | 男・女           |                                                                                                                     |  |                            |                                          |
|              | (ふりがな)                                                                                                                                                                                                                               |     | 配偶者           | <input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合)<br><input type="checkbox"/> 市町村国保<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  | <input type="checkbox"/> 有 | 医師・パート・自営業・無職<br>未就学児・学生等(修学中)<br>その他( ) |
|              | (姓) (名)                                                                                                                                                                                                                              |     | 子             | ( )                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> 無 | 事業所名:<br>社会保険適用(有・無)                     |
| 昭・平・令 年 月 日  |                                                                                                                                                                                                                                      | 男・女 |               |                                                                                                                     |  |                            |                                          |
|              | (ふりがな)                                                                                                                                                                                                                               |     | 配偶者           | <input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合)<br><input type="checkbox"/> 市町村国保<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  | <input type="checkbox"/> 有 | 医師・パート・自営業・無職<br>未就学児・学生等(修学中)<br>その他( ) |
|              | (姓) (名)                                                                                                                                                                                                                              |     | 子             | ( )                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> 無 | 事業所名:<br>社会保険適用(有・無)                     |
|              | 昭・平・令 年 月 日                                                                                                                                                                                                                          |     | 男・女           |                                                                                                                     |  |                            |                                          |
|              | (ふりがな)                                                                                                                                                                                                                               |     | 配偶者           | <input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・健保組合・共済組合)<br><input type="checkbox"/> 市町村国保<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  | <input type="checkbox"/> 有 | 医師・パート・自営業・無職<br>未就学児・学生等(修学中)<br>その他( ) |
|              | (姓) (名)                                                                                                                                                                                                                              |     | 子             | ( )                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> 無 | 事業所名:<br>社会保険適用(有・無)                     |
| 昭・平・令 年 月 日  |                                                                                                                                                                                                                                      | 男・女 |               |                                                                                                                     |  |                            |                                          |
| 資格取得事由       | <input type="checkbox"/> 社会保険の資格を喪失(協会けんぽ・健保組合・共済組合)<br><input type="checkbox"/> 国民健康保険の資格を喪失(市町村・国保組合)<br><input type="checkbox"/> 組合員等と住民票上の同一世帯になった(転入・世帯合併)<br><input type="checkbox"/> 出生<br><input type="checkbox"/> その他(理由: ) |     |               |                                                                                                                     |  |                            |                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>【必要書類】</b><br>確認して✓をつけてください。<br><input type="checkbox"/> 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)<br><input type="checkbox"/> 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)<br><input type="checkbox"/> 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) | <b>【申し込み前の確認事項】</b><br>確認して✓をつけてください。<br>必要書類として提出する世帯全員の<br><input type="checkbox"/> 住民票の中に市町村国保の被保険者が含まれていないことを確認しました。<br>同一世帯で市町村国保と医師国保の混在はできません。<br>(国民健康保険法第19条第1項) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

上記のとおり、必要書類を添えて届けます。

|         |                  |
|---------|------------------|
| 届出年月日   | 令和 年 月 日         |
| 組合員(医師) | 住所<br>(住民票記載の住所) |
|         | 北海道              |
|         | 氏名               |
|         | 個人番号(マイナンバー)     |

北海道医師国民健康保険組合理事長 様

支部(医師会)記入欄

|       |       |             |
|-------|-------|-------------|
| 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 |

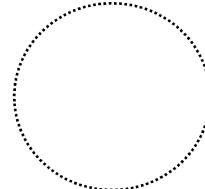
事務局記入欄

|             |                                                  |      |
|-------------|--------------------------------------------------|------|
| 加入区分        | 事由区分                                             | 台帳入力 |
| 新規加入<br>再加入 | 2. 社保離脱<br>3. 生保廃止<br>4. 出生<br>9. 後期離脱<br>9. その他 |      |

|    |   |      |         |
|----|---|------|---------|
| 送付 |   |      |         |
| 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

受付日付印



「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。
- ・有効期限内の「被保険者証」のコピーを前保険が市町村国保の場合の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】

(給付制限) 第3章 保険給付  
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。