様式第2号

常務理事	理事	事務長	担当者

家族のみ取得する場合は、様式第３号をご提出ください
（事実発生の日から14日以内に提出願います）

受付印

国民健康保険被保険者資格取得届 【 第２種組合員（従業員）及び家族 】

太枠内はすべてご記入ください

被保険者証番号又は組合員証番号	宮医 A	資格取得年月日（前保険の喪失日と同日）	平成 令和 年 月 日 ※今回加入する方の年月日	適用除外承認申請書 1. 必要 2. 不要
勤務先名称				
事業所区分	1. 個人事業所 2. 法人事業所 （○で囲んでください）			
第2種組合員現住所・電話番号	〒 ― 電話（ ） ― 携帯（ ） ―			
第2種組合員氏名	印			

番号は、第1種組合員（医師）の保険証番号又は組合員証番号をご記入ください。

◆住民票の原本を添付してください
※交付を受ける時の注意事項①～④
① 同一住所の世帯全員が記載されたもの
② 続柄、マイナンバーが記載されたもの
③ 発行より3カ月以内のもの
④ 市区町村窓口で交付を受けてください（コンビニ交付は不可）

	今回加入する方の氏名	第2種組合員との続柄	性別	生年月日	職種（具体的に）	勤務形態	資格取得の理由
1	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	本人	男・女	昭・平（ 才）年 月 日	例）看護師、事務	1. 常勤 2. 非常勤	※加入前の保険の種類を○で囲む 1. 社会保険離脱（協会けんぽ・共済・健保組合・任意継続 等） 2. 市町村国保離脱 3. 国保組合離脱（医師・歯科・建設・他） 4. 生活保護廃止 5. 出生 6. その他
2	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	例）夫、長男	男・女	昭・平・令（ 才）年 月 日	例）農業、無職	1. 常勤 2. 非常勤 3. 無	
3	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男・女	昭・平・令（ 才）年 月 日		1. 常勤 2. 非常勤 3. 無	
4	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男・女	昭・平・令（ 才）年 月 日		1. 常勤 2. 非常勤 3. 無	

住民票上、同一住所・同一世帯の家族の方は市町村国保（75歳未満）に加入していますか。☑をつけてください

☐ 市町村国保に加入している　☐ 市町村国保に加入していない　☐ 一人世帯（家族なし）

上記のとおり、右記の事項を承諾した上で、必要書類を添えて届けます。

令和 年 月 日（届出日）

事業所住所 〒 ―

第1種組合員（事業主） 印

宮城県医師国民健康保険組合理事長 様

≪約諾事項≫
1. 当該取得者にかかる保険料の納付について責務を負うこと。
1. 被保険者証の不正使用に基づく返還金の納付について責務を負うこと。
1. 資格喪失後の被保険者証の返還について責務を負うこと。
1. 自家診療該当の医療費は請求しないこと。

注意
＊太枠内をすべてご記入いただき、必要書類を必ず添付してください。
＊同一世帯で市町村国保と医師国保の混在はできません。医師国保組合の家族としての加入が優先となります。
＊続柄、職種の欄は具体的に記入してください。
＊70歳以上75歳未満の方が加入する場合、住民税課税証明書等の証明が必要になります。（高齢受給者証発行のため）

※ 当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。

D L

支部確認欄	支部長	支部受付年月日
	印	年 月 日

台帳整理	台帳整理後の被保険者数（人）		
印	区分	組合員	家族
	第1種		
	第2種		

組合確認欄	受取	適用除外
	☐ 医師国保 ☐ 医師会 ☐ SP	
	保険証	高齢受給者証

保険料	
〔医療〕	月 円
〔介護〕	月 円
〔支援〕	月 円
	月調整

宮城県医師国民健康保険組合