

1. 加入申し込みしない家族（住民票上の同一世帯の方）がいる場合は、下記に記入してください。の写しを添付してください。

裏面

東京都医師国民健康保険組合に加入申し込みしない家族の健康		
氏名	現在加入している健康保険等	
(氏) 医師	(名) 次郎	<input checked="" type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 ()
		<input type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 ()

医師国保に加入しない家族がいる場合は、記入の上その人の被保険者証の写しを添付してください。

就 労 証 明 書

従 業 員 氏 名 _____

就 労 開 始 年 _____

上記の者が当 _____

令 和 _____

第 1 種・第 3 種組合員 _____

事業主（雇用主） _____

記 入 不 要

3. 代理人（社会保険労務士等）を通じて加入申し込みの手続きをする場合は、下記の委任状を記入してください。また、代理人の身分証の写しを添付してください。（例：運転免許証、パスポート等の写し）

委 任 状

代 理 人 社 労 士 健 吾

私は、上記の者を代理人と定め、東京都医師国民健康保険組合への加入の手続きを委任します。

令 和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

委 任 者

第 1 種・第 3 種組合員 医 師 太 郎

事業主（雇用主） _____

添付書類について

加入区分	必要な添付書類等
第 2 種組合員 従 業 員	<input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票の原本 （3か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの） <input type="checkbox"/> 加入しない家族の保険証の写し <input type="checkbox"/> 健康保険適用除外承認申請書 ※2 <input type="checkbox"/> 就労証明書 ※3
家 族	<input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票の原本 （3か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの） <input type="checkbox"/> 資格喪失証明書（社会保険等を資格喪失している場合）

※1 番号確認は、個人番号カード（両面）、通知カード等の写しが必要です。ただし、住民票に個人番号が記載された場合は必要ありません。

※2 健康保険適用除外承認申請書は、個人番号カード（両面）、運転免許証、パスポート等の写しが必要です。

※3 加入申込書裏面（この欄の上部）の就労証明書欄に記入してください。ただし、健康保険適用除外承認申請書を提出する場合は必要ありません。

代理人を通じて加入申し込みをする場合は、委任状の記入と代理人の身分証の写しが必要になります。
 ※事業主が直接申し込みをする場合は記入不要です。

- #### 注 意 事 項
1. 保険料を6ヶ月以上滞納した場合には、除名される場合があります。
 2. 自家診療については、請求できません。
 3. 資格の取得及び喪失、住所・氏名変更等の事由が発生した場合は、14日以内に組合へ届け出てください。

1. 加入申し込みしない家族（住民票上の同一世帯の方）がいる場合は、下記に記入してくだ
の写しを添付してください。

裏面

東京都医師国民健康保険組合に加入申し込みしない家族の健康

氏 名		現在加入している健康保険等
(氏) 医 師	(名) 次 郎	<input checked="" type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 ()
		<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 ()

医師国保に加入しない家族がいる場合は、記入の上その人の被保険者証の
写しを添付してください。

2. 従業員の加入申し込みの時には、下記の就労証明書を記入してください。ただし、健康保険適用除外承認申請書を提出
する場合は記入不要です。

就 労 証 明 書

従 業 員 氏 名

就 労 開 始 年

上記の者が当

令 和

第 1 種・第 3 種組合員

事業主（雇用主）

記 入 不 要

3. 代理人（社会保険労務士等）を通じて加入申し込みの手続きをする場合は、下記の委任状を記入してください。また、
代理人の身分証の写しを添付してください。（例：運転免許証、パスポート等の写し）

委 任 状

代 理 人

私は、上記の

令 和

委 任

第 1 種・第 3 種組合員

事業主（雇用主）

記 入 不 要

します。

添付書類について

加入区分	必要な添付書類等
第 1 種組合員 医 師	<input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票の原本 (3か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの) <input type="checkbox"/> 預金口座振替依頼書 <input type="checkbox"/> 医療・福祉の事業又は業務に従事していることの証明書 <input type="checkbox"/> 加入しない家族の保険証の写し <input type="checkbox"/> 番号確認書類及び身元確認書類の写し ※ 1 <input type="checkbox"/> 健康保険適用除外承認申請書 ※ 2
第 2 種組合員 従 業 員	<input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票の原本 (3か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの) <input type="checkbox"/> 加入しない家族の保険証の写し <input type="checkbox"/> 健康保険適用除外承認申請書 ※ 2 <input type="checkbox"/> 就労証明書 ※ 3
家 族	<input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票の原本 (3か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの) <input type="checkbox"/> 資格喪失証明書（社会保険等を資格喪失している場合）

※ 1 番号確認は、個人番号カード（両面）、通知カード等の
写しが必要です。ただし、住民票に個人番号が記載され
ている場合は必要ありません。

身元確認は、個人番号カード（両面）、運転免許証、パ
スポート等の写しが必要です。

※ 2 健康保険の適用除外承認を受けて組合に加入している事
業所に新たに加入する組合員は、健康保険適用除外承認
申請書が必要になります。

※ 3 加入申込書裏面（この欄の上部）の就労証明書欄に記入
してください。
ただし、健康保険適用除外承認申請書を提出する場合は
必要ありません。

注 意 事 項

1. 保険料を6ヶ月以上滞納した場合には、除名される場合
があります。
2. 自家診療については、請求できません。
3. 資格の取得及び喪失、住所・氏名変更等の事由が発生し
た場合は、14日以内に組合へ届け出てください。

1. 加入申し込みしない家族（住民票上の同一世帯の方）がいる場合は、下記に記入していただくの写しを添付してください。

裏面

東京都医師国民健康保険組合に加入申し込みしない家族の健康

氏 名		現在加入している健康保険等
(氏) 従業員	(名) 次 郎	<input checked="" type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度

医師国保に加入しない家族がいる場合は、記入の上その人の被保険者証の写しを添付してください。

従業員の加入の場合は、記入してください。ただし、健康保険適用除外承認申請書を提出する場合は記入不要です。

上記の就労証明書を記入してください。また、

就 労 証 明 書

従 業 員 氏 名 **従業員 花 子**

就 労 開 始 年 月 日 令 和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

上記の者が当診療所に就労し雇用していることを証明いたします。

令 和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

第1種・第3種組合員 **医 師 太 郎**
事業主（雇用主）

3. 代理人（社会保険労務士等）を通じて加入申し込みの手続きをする場合は、下記の委任状を記入してください。また、代理人の身分証の写しを添付してください。（例：運転免許証、パスポート等の写し）

委 任 状

代 理 人 **社労士 健 吾**

私は、上記の者を代理人と定め、東京都医師国民健康保険組合への加入の手続きを委任します。

令 和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

委 任 者
第1種・第3種組合員 **医 師 太 郎**
事業主（雇用主）

添付書類について

加入区分	必要な添付書類等
第2種組合員 従 業 員	<input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票の原本 (3か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの) <input type="checkbox"/> 加入しない家族の保険証の写し <input type="checkbox"/> 健康保険適用除外承認申請書 ※2 <input type="checkbox"/> 就労証明書 ※3
家 族	<input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票の原本 (3か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの) <input type="checkbox"/> 資格喪失証明書（社会保険等を資格喪失している場合）

代理人を通じて加入申し込みをする場合は、委任状の記入と代理人の身分証の写しが必要になります。
※事業主が直接申し込みをする場合は記入不要です。

※1 番号確認は、個人番号カード（両面）、通知カード等の写しが必要です。ただし、住民票に個人番号が記載された場合は必要ありません。

※2 健康保険適用除外承認申請書は、個人番号カード（両面）、運転免許証、パスポート等の写しが必要です。

※3 健康保険適用除外承認を受けて組合に加入している事実により加入する組合員は、健康保険適用除外承認が必要になります。

※4 加入申込書裏面（この欄の上部）の就労証明書欄に記入してください。ただし、健康保険適用除外承認申請書を提出する場合は必要ありません。

注 意 事 項

1. 保険料を6ヶ月以上滞納した場合には、除名される場合があります。
2. 自家診療については、請求できません。
3. 資格の取得及び喪失、住所・氏名変更等の事由が発生した場合は、14日以内に組合へ届け出てください。

裏面

1. 加入申し込みしない家族（住民票上の同一世帯の方）がいる場合は、下記に記入してください。の写しを添付してください。

東京都医師国民健康保険組合に加入申し込みしない家族の健康		
氏名	現在加入している健康保険等	
(氏) 医師	(名) 次郎	<input checked="" type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> その他の国保組合 ()

医師国保に加入しない家族がいる場合は、記入の上その人の被保険者証の写しを添付してください。

2. 従業員の加入申し込みの時には、下記の就労証明書を記入してください。ただし、健康保険適用除外承認申請書を提出する場合は記入不要です。

就 労 証 明 書

従 業 員 氏 名 _____

就 労 開 始 年 _____

上記の者が当 _____

平 成 _____

第 1 種・第 3 種組合員 _____

事業主（雇用主） _____

記 入 不 要

3. 代理人（社会保険労務士等）を通じて加入申し込みの手続きをする場合は、下記の委任状を記入してください。また、代理人の身分証の写しを添付してください。（例：運転免許証、パスポート等の写し）

委 任 状

代 理 人 **社 労 士 健 吾**

私は、上記の者を代理人と定め、東京都医師国民健康保険組合への加入の手続きを委任します。

令 和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

委 任 者

第 1 種・第 3 種組合員 **医 師 太 郎**

事業主（雇用主） _____

添付書類について

加入区分	必要な添付書類等
第 2 種組合員 従 業 員	<input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票の原本 （3か月以内に発行された統柄等全て記載されたもの） <input type="checkbox"/> 加入しない家族の保険証の写し <input type="checkbox"/> 健康保険適用除外承認申請書 ※2 <input type="checkbox"/> 就労証明書 ※3
家 族	<input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票の原本 （3か月以内に発行された統柄等全て記載されたもの） <input type="checkbox"/> 資格喪失証明書（社会保険等を資格喪失している場合）

代理人を通じて加入申し込みをする場合は、委任状の記入と代理人の身分証の写しが必要になります。
※事業主が直接申し込みをする場合は記入不要です。

※1 番号確認は、個人番号カード（両面）、通知カード等の写しが必要です。ただし、住民票に個人番号が記載された場合は必要ありません。
※2 認は、個人番号カード（両面）、運転免許証、パスポート等の写しが必要です。
※3 加入申込書裏面（この欄の上部）の就労証明書欄に記入してください。ただし、健康保険適用除外承認申請書を提出する場合は必要ありません。

- #### 注 意 事 項
1. 保険料を6ヶ月以上滞納した場合には、除名される場合があります。
 2. 自家診療については、請求できません。
 3. 資格の取得及び喪失、住所・氏名変更等の事由が発生した場合は、14日以内に組合へ届け出てください。

裏面

1. 加入申し込みしない家族（住民票上の同一世帯の方）がいる場合は、下記に記入してください。の写しを添付してください。

東京都医師国民健康保険組合に加入申し込みしない家族の健康保険等		
氏名	現在加入している健康保険等	
(氏) 従業員	(名) 次郎	<input checked="" type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()
(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 ()
		<input type="checkbox"/> 社 保 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> その他の国保組合 ()

医師国保に加入しない家族がいる場合は、記入の上その人の被保険者証の写しを添付してください。

2. 従業員の加入申し込みの時には、下記の就労証明書を記入してください。ただし、健康保険適用除外承認申請書を提出する場合は記入不要です。

就 労 証 明 書

従 業 員 氏 名 _____

就 労 開 始 年 _____

上記の者が当 _____

令 和 _____

第 1 種・第 3 種組合員 _____

事業主（雇用主） _____

記 入 不 要

3. 代理人（社会保険労務士等）を通じて加入申し込みの手続きをする場合は、下記の委任状を記入してください。また、代理人の身分証の写しを添付してください。（例：運転免許証、パスポート等の写し）

委 任 状

代 理 人 **社労士 健 吾**

私は、上記の者を代理人と定め、東京都医師国民健康保険組合への加入の手続きを委任します。

令 和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

委 任 者

第 1 種・第 3 種組合員 **東 京 太 郎**

事業主（雇用主） _____

添付書類について

加入区分	必要な添付書類等
第 2 種組合員 従 業 員	<input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票の原本 （3か月以内に発行された統柄等全て記載されたもの） <input type="checkbox"/> 加入しない家族の保険証の写し <input type="checkbox"/> 健康保険適用除外承認申請書 ※2 <input type="checkbox"/> 就労証明書 ※3
家 族	<input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票の原本 （3か月以内に発行された統柄等全て記載されたもの） <input type="checkbox"/> 資格喪失証明書（社会保険等を資格喪失している場合）

代理人を通じて加入申し込みをする場合は、委任状の記入と代理人の身分証の写しが必要になります。
 ※事業主が直接申し込みをする場合は記入不要です。

※1 番号確認は、個人番号カード（両面）、通知カード等の写しが必要です。ただし、住民票に個人番号が記載された場合は必要ありません。
 ※2 健康保険適用除外承認申請書は、個人番号カード（両面）、運転免許証、パスポート等の写しが必要です。
 ※3 加入申込書裏面（この欄の上部）の就労証明書欄に記入してください。ただし、健康保険適用除外承認申請書を提出する場合は必要ありません。

- ### 注 意 事 項
- 保険料を6ヶ月以上滞納した場合には、除名される場合があります。
 - 自家診療については、請求できません。
 - 資格の取得及び喪失、住所・氏名変更等の事由が発生した場合は、14日以内に組合へ届け出てください。