# 表　面

# 第１種組合員（事業主医師）

## 加　入　申　込　書

裏面も記入してください。　枚目　／　枚中

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業所名又は、勤務先名 | ○○○クリニック | 地区医師会 | ○○区　医師会 |
| 所在地 | 〒○○○－○○○○<br>東京都○○区○○○　１－１－１<br>電話番号　０３－○○○○－○○○○ | ※第１種組合員の新規加入時のみ記入<br>東京都医師会加入月 | □昭和 □平成 ☑令和　○○年○○月 |
| 経営区分 | ☑個人　□法人 | 厚生年金 | □適用　☑非適用 |
| 医療機関コード | ○○○○○○○ | | |

下記には、加入申し込みする方について記入してください。　※家族の追加の場合は、組合員欄の記入は不要です。

加入区分　☑事業主（第１種組合員）　□勤務医師（第１種組合員）　□従業員（第２種組合員）　☑家族

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 組合員 | 氏名 | フリガナ　○○○○　○○○○<br>○○　○○　男・女 | 続柄 | 本人 | マイナンバーカードの健康保険証利用登録※１　□有　□無 |
| | 個人番号 | □□□□□□□□□□□□ | 生年月日 | □昭和 □平成 ☑令和　○○年○○月○○日 | |
| | | | 職種 | ☑医師　□看護師　□医療事務<br>□その他（　　） | |
| 家族 | 氏名 | フリガナ　○○○○　○○○○<br>○○　○○　男・女 | 続柄 | 妻 | マイナンバーカードの健康保険証利用登録※１　□有　□無 |
| | 個人番号 | △△△△△△△△△△△△ | 生年月日 | □昭和 □平成 ☑令和　○○年○○月○○日 | |
| | | | 職業 | ☑無（学生含む）<br>□有（　　） | |
| 家族 | 氏名 | フリガナ<br>男・女 | 続柄 | | マイナンバー<br>健康保険証利<br>□有 |
| | | | 生年月日 | □昭和 □平成 □令和　年 | |
| | | | 職業 | □無（学生含む）<br>□有（ | |
| 家族 | | | 続柄 | | マイナンバーカードの健康保険証利用登録※１　□有　□無 |
| | | | 生年月日 | □昭和 □平成 □令和　年 | |
| | 個人番号 | | 職業 | □無（学生含む）<br>□有（ | |

| 加入前の保険 | |
|---|---|
| 組合員 | ☑社保　□任意継続　□国保<br>□その他（　　）<br>①加入区分　本人・扶養<br>②加入状況　加入中・喪失・喪失予定<br>令和○○年○○月○○日まで |
| 家族 | ☑社保　□任意継続　□国保<br>□出生　□その他（　　）<br>①加入区分　本人・扶養<br>②加入状況　加入中・喪失・喪失予定<br>令和○○年○○月○○日まで |
| 家族 | □社保　□任意継続　□国保<br>□出生　□その他（　　） |

マイナンバーカードの健康保険証利用登録有無により資格情報通知書・資格確認書どちらかを発行いたします。登録状況をご自身でご確認いただき必ず記載してください。

加入申し込みする人を全員記入してください。

加入しない家族がいる場合は、裏面に氏名を記入の上、その方の被保険者証、資格情報通知書、資格確認書の写しいずれか一つを添付してください。

個人番号（マイナンバー）を記入してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 現住所<br>住民票のとおり記入してください。 | 〒○○○－○○○○<br>東京都○○区○○○　２－２－２ | 電話番号<br>携帯番号 | ０３－○○○○－○○○○<br>０９０－××××－×××× |
| 記号・番号<br>（家族の追加の場合のみ記入） | ８６－　記入不要 | 加入希望日 | ○○年○○月○○日 |

貴組合へ加入したく、規約・規程を遵守することを誓い、上記のとおり申し込みます。

令和　○○　年　○○　月　○○　日

組合員　※加入申し込みする組合員（家族の場合はその世帯に属する組合員）が記入してください。

氏名　○○　○○　　個人番号　□□□□□□□□□□□□

東京都医師国民健康保険組合理事長　殿

**事業主確認欄**　※事業主（医師組合員）及びその家族の加入時は記入不要

１．上記の組合員及びその家族が加入することを承諾しました。
２．組合員の個人番号等に誤りがないことを確認しました。
３．規約・規程を遵守することを誓います。

記号・番号　記入不要

事業主名（医師組合員）

| 入力 | 照合 | 交付 |
|---|---|---|
| | | 資格情報通知書<br>資格確認書 |

処理印　受付印

第１種組合員の氏名を記入してください。

※従業員の個人番号に関しては、事業主である医師（第一種・第三種組合員）が番号確認と身元確認を行ってください。
※第一種組合員の個人番号に関しては、当組合が本人確認をします。（番号確認書類と身元確認書類の添付が必要です。）
※代理人（社会保険労務士等）を通じて申し込みをする場合は、委任状と代理人の身分証の写しが必要です。
※１　マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（５年毎に更新が必要）が有効であるものに限ります。

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。
また、その人の健康保険の「被保険者証」、「資格情報通知書」、「資格確認書」の写しいずれか１
※国保法第19条の規定により、区市町村国保に加入されている家族は組合員と共に加入していただく

**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) ○　○ | (名) ○　○ | ☑ 社　保　☐ 任意継続　☐ 医師国保　☐ その他の国保組合<br>☐ 後期高齢者医療制度　☐ その他（　　） |
| (氏) | (名) | ☐ 社　保　☐ 任意継続　☐ 医師国保　☐ その他の国保組合<br>☐ 後期高齢者医療制度　☐ その他（　　） |
| (氏) | (名) | 医師国保　☐ その他の国保組合<br>その他（　　） |
| | | 医師国保　☐ その他の国保組合<br>その他（　　） |

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、資格情報通知書、資格確認書の写しいずれか１つ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　　○　○　　○　○
事業主（雇用主）

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。

### 添付書類について

| 加入区分 | 必 要 な 添 付 書 類 等 |
|---|---|
| | ☐個人番号の記載のある世帯全員が記載された住民票の原本<br>（３か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの） |
| 第２種組合員<br>従　業　員 | ☐個人番号の記載のある世帯全員が記載された住民票の原本<br>（３か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの）<br>（外国籍の方は、国籍・在留資格・在留期間に省略のないもの）<br>☐加入しない家族の健康保険の「被保険者証」、<br>「資格情報通知書」、「資格確認書」の写しいずれか１つ<br>☐健康保険適用除外承認申請書 ※２<br>☐就労証明書 ※３ |
| 家　　族 | ☐個人番号の記載のある世帯全員が記載された住民票の原本<br>（３か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの）<br>（外国籍の方は、国籍・在留資格・在留期間に省略のないもの）<br>（世帯合併による加入の場合は、世帯合併日が明記された履歴付きのもの）<br>☐資格喪失証明書（社会保険等を資格喪失している場合）※４ |

※１　番号確認は、マイナンバーカード（裏面）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、マイナンバーカード（表面）、運転免許証、
しが必要です。

外承認を受けて組合に加入している事
する組合員は、健康保険適用除外承認
ります。

この欄の上部）の就労証明書欄に記入

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。

※４　健康保険の資格喪失証明書が必要となります。
（雇用保険資格喪失確認通知書では手続き出来ません。）

### 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。

# 表　面

# 第１種組合員（大学医師会医師）

課

令　和　　年

## 加　入　申　込　書

裏面も記入してください。　枚目　／　枚中

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業所名又は、勤務先名 | ○○○大学付属病院　○○○医局 | 地区医師会 | ○○大学　医師会 |
| 所在地 | 〒○○○－○○○○<br>東京都○○区○○○　１－１－１<br>電話番号　０３－○○○○－○○○○ | ※第１種組合員の新規加入時のみ記入<br>東京都医師会加入月 | □昭和 □平成 ☑令和　○○年○○月 |
| 経営区分 | 記入不要 | 厚生年金 | 記入不要 |
| 医療機関コード | 記入不要 | | |

下記には、加入申し込みする方について記入してください。　※家族の追加の場合は、組合員欄の記入は不要です。

加入区分　□ 事業主（第１種組合員）　☑ 勤務医師（第１種組合員）　□ 従業員（第２種組合員）　☑ 家族

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 組合員 | 氏名 | フリガナ　○○○○　○○○○<br>○　○　○　○　男・女 | 続柄 | 本人 | マイナンバーカードの健康保険証利用登録※１ □有 □無 |
| | 個人番号 | □□□□□□□□□□□□ | 生年月日 | ☑昭和 □平成 □令和　○○年○○月○○日 | |
| | | | 職種 | ☑医師 □看護師 □医療事務 □その他（　） | |
| 家族 | 氏名 | フリガナ　○○○○　○○○○<br>○　○　○　○　男・女 | 続柄 | 妻 | マイナンバーカードの健康保険証利用登録※１ □有 □無 |
| | 個人番号 | △△△△△△△△△△△△ | 生年月日 | ☑昭和 □平成 □令和　○○年○○月○○日 | |
| | | | 職業 | ☑無（学生含む） □有（　） | |
| 家族 | 氏名 | フリガナ<br>男・女 | 続柄 | | マイナンバー… 健康保険証利用… □有 |
| | | | 生年月日 | □昭和 □平成 □令和　年 | |
| | | | 職業 | □無（学生含む） □有（ | |
| 族 | | | 続柄 | | マイナンバーカードの健康保険証利用登録※１ □有 □無 |
| | | | 生年月日 | □昭和 □平成 □令和　年 | |
| | 個人番号 | | 職業 | □無（学生含む） □有（ | |

| 加入前の保険 | |
|---|---|
| 組合員 | ☑社保 □任意継続 □国保 □その他（　）<br>①加入区分　本人・扶養<br>②加入状況　加入中・喪失・喪失予定<br>令和○○年○○月○○日まで |
| 家族 | ☑社保 □任意継続 □国保 □出生 □その他（　）<br>①加入区分　本人・扶養<br>②加入状況　加入中・喪失・喪失予定<br>令和○○年○○月○○日まで |
| 族 | □社保 □任意継続 □国保 □出生 □その他（　） |

マイナンバーカードの健康保険証利用登録有無により資格情報通知書・資格確認書どちらかを発行いたします。登録状況をご自身でご確認いただき必ず記載してください。

加入申し込みする人を全員記入してください。

加入しない家族がいる場合は、裏面に氏名を記入の上、その方の被保険者証、資格情報通知書、資格確認書の写しいずれか一つを添付してください。

個人番号（マイナンバー）を記入してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 現住所<br>住民票のとおり記入してください。 | 〒○○○－○○○○<br>東京都○○区○○○　２－２－２ | 電話番号<br>携帯番号 | ０３－○○○○－○○○○<br>０９０－××××－×××× |
| 記号・番号<br>（家族の追加の場合のみ記入） | ８６－　記入不要 | 加入希望日 | ○○年○○月○○日 |

貴組合へ加入したく、規約・規程を遵守することを誓い、上記のとおり申し込みます。

令和　○○　年　○○　月　○○　日

組合員　※加入申し込みする組合員（家族の場合はその世帯に属する組合員）が記入してください。

氏名　○　○　○　○　　個人番号 □□□□□□□□□□□□

東京都医師国民健康保険組合理事長　殿

**事業主確認欄**　※事業主（医師組合員）及びその家族の加入時は記入不要

１．上記の組合員及びその家族が加入することを承諾しました。
２．組合員の個人番号等に誤りがないことを確認しました。
３．規約・規程を遵守することを誓います。

記号・番号　記入不要

事業主名（医師組合員）

| 入力 | 照合 | 交付 |
|---|---|---|
| | | 資格情報通知書<br>資格確認書 |

処理印　　受付印

第１種組合員の氏名を記入してください。

※従業員の個人番号に関しては、事業主である医師（第一種・第三種組合員）が番号確認と身元確認を行ってください。
※第一種組合員の個人番号に関しては、当組合が本人確認をします。（番号確認書類と身元確認書類の添付が必要です。）
※代理人（社会保険労務士等）を通じて申し込みをする場合は、委任状と代理人の身分証の写しが必要です。
※１　マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（５年毎に更新が必要）が有効であるものに限ります。

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。
また、その人の健康保険の「被保険者証」、「資格情報通知書」、「資格確認書」の写しいずれか１
※国保法第19条の規定により、区市町村国保に加入されている家族は組合員と共に加入していただく

**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) ○　○ | (名) ○　○ | ☑ 社　保　☐ 任意継続　☐ 医師国保　☐ その他の国保組合<br>☐ 後期高齢者医療制度　☐ その他（　　） |
| (氏) | (名) | ☐ 社　保　☐ 任意継続　☐ 医師国保　☐ その他の国保組合<br>☐ 後期高齢者医療制度　☐ その他（　　） |
| (氏) | (名) | 医師国保　☐ その他の国保組合<br>その他（　　） |
| | | 医師国保　☐ その他の国保組合<br>その他（　　） |

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、資格情報通知書、資格確認書の写しいずれか１つ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
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１種組合員<br>医　　師 | ☐個人番号の記載のある世帯全員が記載された住民票の原本<br>（３か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの）<br>（外国籍の方は、国籍・在留資格・在留期間に省略のないもの）<br>☐預金口座振替依頼書<br>☐医療・福祉の事業又は業務に従事していることの証明書<br>☐加入しない家族の健康保険の「被保険者証」、<br>「資格情報通知書」、「資格確認書」の写しいずれか１つ<br>☐番号確認書類及び身元確認書類の写し ※１<br>☐健康保険適用除外承認申請書 ※２ |
| 第２種組合員<br>従　業　員 | ☐個人番号の記載のある世帯全員が記載された住民票の原本<br>（３か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの）<br>（外国籍の方は、国籍・在留資格・在留期間に省略のないもの）<br>☐加入しない家族の健康保険の「被保険者証」、<br>「資格情報通知書」、「資格確認書」の写しいずれか１つ<br>☐健康保険適用除外承認申請書 ※２<br>☐就労証明書 ※３ |
| 家　　族 | ☐個人番号の記載のある世帯全員が記載された住民票の原本<br>（３か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの）<br>（外国籍の方は、国籍・在留資格・在留期間に省略のないもの）<br>（世帯合併による加入の場合は、世帯合併日が明記された履歴付きのもの）<br>☐資格喪失証明書（社会保険等を資格喪失している場合）※４ |

※１　番号確認は、マイナンバーカード（裏面）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、マイナンバーカード（表面）、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。

※４　健康保険の資格喪失証明書が必要となります。
（雇用保険資格喪失確認通知書では手続き出来ません。）

### 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。

# 表　面

# 第２種組合員（従業員）

## 加　入　申　込　書

裏面も記入してください。　枚目　／　枚中

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業所名又は、勤務先名 | ○○○クリニック | 地区医師会 | ○○区　医師会 |
| 所在地 | 〒○○○－○○○○<br>東京都○○区○○○　１－１－１<br>電話番号　０３－○○○○－○○○○ | ※記入不要 | |
| 経営区分 | ☑ 個人　☐ 法人 | 厚生年金 | ☐ 適用　☑ 非適用 |
| 医療機関コード | ○○○○○○○ | | |

下記には、加入申し込みする方について記入してください。　※家族の追加の場合は、組合員欄の記入は不要です。

加入区分　☐ 事業主（第１種組合員）　☐ 勤務医師（第１種組合員）　☑ 従業員（第２種組合員）　☑ 家族

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 組合員 | 氏名 | フリガナ ○○○○　○○○○<br>○○　○○　男・女 | 続柄 | 本人 | マイナンバーカードの健康保険証利用登録※１ ☐有 ☐無 |
| | 個人番号 | □□□□□□□□□□□□ | 生年月日 | ☑昭和 ☐平成 ☐令和　○○年○○月○○日 | |
| | | | 職種 | ☐医師 ☑看護師 ☐医療事務 ☐その他（　） | |
| 家族 | 氏名 | フリガナ ○○○○　○○○○<br>○○　○○　男・女 | 続柄 | 夫 | マイナンバーカードの健康保険証利用登録※１ ☐有 ☐無 |
| | 個人番号 | △△△△△△△△△△△△ | 生年月日 | ☑昭和 ☐平成 ☐令和　○○年○○月○○日 | |
| | | | 職業 | ☐無（学生含む） ☑有（自営業） | |
| 家族 | 氏名 | フリガナ<br>男・女 | 続柄 | | マイナンバーカードの健康保険証利用登録※１ ☐有 |
| | | | 生年月日 | ☐昭和 ☐平成 ☐令和　年 | |
| | | | 職業 | ☐無（学生含む） ☐有（ | |
| 家族 | | | 続柄 | | マイナンバーカードの健康保険証利用登録※１ ☐有 |
| | | | 生年月日 | ☐昭和 ☐平成 ☐令和　年 | |
| | 個人番号 | | 職業 | ☐無（学生含む） ☐有（ | |

加入前の保険（組合員）：☑社保　☐任意継続　☐国保　☐その他（　）　①加入区分　本人・扶養　②加入状況　加入中・喪失　喪失予定　令和○○年○○月○○日まで

加入前の保険（家族）：☐社保　☐任意継続　☑国保　☐出生　☐その他（　）　①加入区分　本人・扶養　②加入状況　加入中・喪失　喪失予定　令和　年　月　日まで

| | | | |
|---|---|---|---|
| 現住所（住民票のとおり記入してください。） | 〒○○○－○○○○<br>東京都○○区○○○　２－２－２ | | |
| 記号・番号（家族の追加の場合のみ記入） | ８６－ | 記入不要 | 加入希望日　○○年○○月○○日 |

貴組合へ加入したく、規約・規程を遵守することを誓い、上記のとおり申し込みます。

令和　○○　年　○○　月　○○　日

組合員　※加入申し込みする組合員（家族の場合はその世帯に属する組合員）が記入してください。

氏名　○○　○○　　個人番号　□□□□□□□□□□□□

東京都医師国民健康保険組合理事長　殿

**事業主確認欄**　※事業主（医師組合員）及びその家族の加入時は記入不要

承諾しました。

しました。

３．規約・規程を遵守することを誓います。

記号・番号　８６－００１・１２３４

事業主名（医師組合員）　○○　○○

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 備考 | | 処理欄 | 入力 | 照合 | 交付 |

処理印　受付印

※従業員の個人番号に関しては、事業主である医師（第一種・第三種組合員）が番号確認と身元確認を行ってください。

※第一種組合員の個人番号に関しては、当組合が本人確認をします。（番号確認書類と身元確認書類の添付が必要です。）

※代理人（社会保険労務士等）を通じて申し込みをする場合は、委任状と代理人の身分証の写しが必要です。

※１　マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（５年毎に更新が必要）が有効であるものに限ります。

加入申し込みする人を全員記入してください。

加入しない家族がいる場合は、裏面に氏名を記入の上、その方の被保険者証、資格情報通知書、資格確認書の写しいずれか一つを添付してください。

マイナンバーカードの健康保険証利用登録有無により資格情報通知書・資格確認書どちらかを発行いたします。登録状況をご自身でご確認いただき必ず記載してください。

従業員の個人番号（マイナンバー）は記入後、事業主が確認してください。

従業員の家族の個人番号（マイナンバー）は記入後、従業員が確認してください。

第２種組合員の氏名を記入してください。

事業主の記号・番号と氏名を記入してください。

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さい。
また、その人の健康保険の「被保険者証」、「資格情報通知書」、「資格確認書」の写しいずれか１
※国保法第19条の規定により、区市町村国保に加入されている家族は組合員と共に加入していただく

**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) ○　○ | (名) ○　○ | ☑ 社　保　☐ 任意継続　☐ 医師国保　☐ その他の国保組合<br>☐ 後期高齢者医療制度　☐ その他（　　） |
| (氏) | (名) | ☐ 社　保　☐ 任意継続　☐ 医師国保　☐ その他の国保組合<br>☐ 後期高齢者医療制度　☐ その他（　　） |
| | | ☐ 社　保　☐ 任意継続　☐ 医師国保　☐ その他の国保組合<br>☐ 後期高齢者医療制度　☐ その他（　　） |
| | | ☐ 社　保　☐ 任意継続<br>☐ 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、資格情報通知書、資格確認書の写しいずれか１つを添付してください。

２．従業員の加入の場合は、記入してください。ただ
する場合は記入不要です。

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。

### 就　労　証　明　書

従　業　員　氏　名　　○　○　　○　○

就労開始年月日　　令　和　○○　年　○○　月　○○　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　○○　年　○○　月　○○　日

第１種・第３種組合員
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　　○　○　　○　○

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
事業主（雇用主）　　○　○　　○　○

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。

### 添付書類について

| 加入区分 | 必要な添付書類等 |
|---|---|
| | ☐個人番号の記載のある世帯全員が記載された住民票の原本<br>（３か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの） |
| 第２種組合員<br>従　業　員 | ☐個人番号の記載のある世帯全員が記載された住民票の原本<br>（３か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの）<br>（外国籍の方は、国籍・在留資格・在留期間に省略のないもの）<br>☐加入しない家族の健康保険の「被保険者証」、「資格情報通知書」、「資格確認書」の写しいずれか１つ<br>☐健康保険適用除外承認申請書 ※２<br>☐就労証明書 ※３ |
| 家　族 | ☐個人番号の記載のある世帯全員が記載された住民票の原本<br>（３か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの）<br>（外国籍の方は、国籍・在留資格・在留期間に省略のないもの）<br>（世帯合併による加入の場合は、世帯合併日が明記された履歴付きのもの）<br>☐資格喪失証明書（社会保険等を資格喪失している場合）※４ |

※１　番号確認は、マイナンバーカード（裏面）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、マイナンバーカード（表面）、運転免許証、
しが必要です。

外承認を受けて組合に加入している事
する組合員は、健康保険適用除外承認
ります。

この欄の上部）の就労証明書欄に記入

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。

※４　健康保険の資格喪失証明書が必要となります。
（雇用保険資格喪失確認通知書では手続き出来ません。）

### 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。

# 表　面

# 第１種組合員の家族

## 加　入　申　込　書

裏面も記入してください。　枚目　／　枚中

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業所名又は、勤務先名 | ○○○クリニック | 地区医師会 | ○○区　医師会 |
| 所在地 | 〒○○○－○○○○<br>東京都○○区○○○　１－１－１<br>電話番号　０３－○○○○－○○○○ | ※第<br>東京<br>加 | 記入不要<br>月 |
| 経営区分 | ☑ 個人　□ 法人 | 厚生年金 | □ 適用　☑ 非適用 |
| 医療機関コード | ○○○○○○○ | | |

下記には、加入申し込みする方について記入してください。　※家族の追加の場合は、組合員欄の記入は不要です。

| 加入区分 | □ 事業主（第１種組合員） | □ 勤務医師（第１種組合員） | □ 従業員（第２種組合員） | ☑ 家族 |
|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 組合員 | 氏名 | フリガナ | マイナンバーカードの | □社保　□任意継続　□国保 | 記入不要 |
| | 個人番号 | | 職種 | □その他（　　） | 養<br>失<br>喪失予定<br>令和　年　月　日まで |
| 家族 | 氏名 | フリガナ　○○○○　○○○○<br>○○　○○　男・女 | 続柄 | 妻 | マイナンバーカードの健康保険証利用登録※１　□有　□無 |
| | | | 生年月日 | ☑昭和　□平成　□令和　○○年○○月○○日 | 加入前の保険 |
| | 個人番号 | △△△△△△△△△△△△ | 職業 | ☑無（学生含む）　□有（ | ☑社保　□任意継続　□国保<br>□出生　□その他（　　）<br>①加入区分　本人・扶養<br>②加入状況　加入中・喪失<br>喪失予定<br>令和○○年○○月○○日まで |
| 家族 | 氏名 | フリガナ | 続柄 | | マイナンバーカードの健康保険証利用登録※１　□有 |
| | | | 生年月日 | □昭和　□平成　□令和　年 | |
| | | | 職業 | □無（学生含む）　□有（ | |
| 家族 | | | 続柄 | | マイナンバーカードの健康保険証利用登録※１　□有　□無 |
| | | | 生年月日 | □昭和　□平成　□令和　年 | 加入 |
| | | | 職業 | □無（学生含む）　□有（ | |

加入申し込みする人を全員記入してください。

加入しない家族がいる場合は、裏面に氏名を記入の上、その方の被保険者証、資格情報通知書、資格確認書の写しいずれか一つを添付してください。

マイナンバーカードの健康保険証利用登録有無により資格情報通知書・資格確認書どちらかを発行いたします。登録状況をご自身でご確認いただき必ず記載してください。

個人番号（マイナンバー）を記入してください。

第１種組合員の記号・番号を記入してください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 現住所（住民票のとおり記入してください。） | 〒○○○－○○○○<br>東京都○○区○○○　２－２－２ | 電話番号<br>携帯番号 | ０３－○○○○－○○○○<br>０９０－××××－×××× |
| 記号・番号（家族の追加の場合のみ記入） | ８６－００１▪１２３４ | 加入希望日 | ○○年○○月○○日 |

貴組合へ加入したく、規約・規程を遵守することを誓い、上記のとおり申し込みます。

令和　○○　年　○○　月　○○　日

組合員　※加入申し込みする組合員（家族の場合はその世帯に属する組合員）が記入してください。

氏名　○○　○○　　個人番号　□□□□□□□□□□□□

東京都医師国民健康保険組合理事長　殿

**事業主確認欄**　※事業主（医師組合員）及びその家族の加入時は記入不要

１．上記の組合員及びその家族が加入することを承諾しました。
２．組合員の個人番号等に誤りがないことを確認しました。
３．規約・規程を遵守することを誓います。

記号・番号　　事業主名（医師組合員）　　記入不要

| 入力 | 照合 | 交付 |
|---|---|---|
| | | 資格情報通知書 |
| | | 資格確認書 |

処理印　　受付印

第１種組合員の氏名を記入してください。

※従業員の個人番号に関しては、事業主である医師（第一種・第三種組合員）が番号確認と身元確認を行ってください。
※第一種組合員の個人番号に関しては、当組合が本人確認をします。（番号確認書類と身元確認書類の添付が必要です。）
※代理人（社会保険労務士等）を通じて申し込みをする場合は、委任状と代理人の身分証の写しが必要です。
※１　マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（５年毎に更新が必要）が有効であるものに限ります。

**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。
また、その人の健康保険の「被保険者証」、「資格情報通知書」、「資格確認書」の写しいずれか１
※国保法第19条の規定により、区市町村国保に加入されている家族は組合員と共に加入していただく

## 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) ○　○ | (名) ○　○ | ☑ 社　保　☐ 任意継続　☐ 医師国保　☐ その他の国保組合<br>☐ 後期高齢者医療制度　☐ その他（　　） |
| (氏) | (名) | ☐ 社　保　☐ 任意継続　☐ 医師国保　☐ その他の国保組合<br>☐ 後期高齢者医療制度　☐ その他（　　） |
| (氏) | (名) | 医師国保　☐ その他の国保組合<br>その他（　　） |
| | | 医師国保　☐ その他の国保組合<br>その他（　　） |

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、資格情報通知書、資格確認書の写しいずれか１つ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　　○　○　　○　○
事業主（雇用主）

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。

**添付書類について**

| 加入区分 | 必 要 な 添 付 書 類 等 |
|---|---|
| | ☐個人番号の記載のある世帯全員が記載された住民票の原本<br>（３か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの） |
| 第２種組合員<br>従　業　員 | ☐個人番号の記載のある世帯全員が記載された住民票の原本<br>（３か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの）<br>（外国籍の方は、国籍・在留資格・在留期間に省略のないもの）<br>☐加入しない家族の健康保険の「被保険者証」、<br>「資格情報通知書」、「資格確認書」の写しいずれか１つ<br>☐健康保険適用除外承認申請書 ※２<br>☐就労証明書 ※３ |
| 家　　族 | ☐個人番号の記載のある世帯全員が記載された住民票の原本<br>（３か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの）<br>（外国籍の方は、国籍・在留資格・在留期間に省略のないもの）<br>（世帯合併による加入の場合は、世帯合併日が明記された履歴付きのもの）<br>☐資格喪失証明書（社会保険等を資格喪失している場合）※４ |

※１　番号確認は、マイナンバーカード（裏面）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、マイナンバーカード（表面）、運転免許証、
しが必要です。

外承認を受けて組合に加入している事
する組合員は、健康保険適用除外承認
ります。

この欄の上部）の就労証明書欄に記入

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。

※４　健康保険の資格喪失証明書が必要となります。
（雇用保険資格喪失確認通知書では手続き出来ません。）

### 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。

# 表　面

# 第２種組合員の家族

## 加　入　申　込　書

裏面も記入してください。　枚目　／　枚中

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業所名又は、勤務先名 | ○○○クリニック | 地区医師会 | ○○区　医師会 |
| 所在地 | 〒○○○－○○○○<br>東京都○○区○○○　１－１－１<br>電話番号　０３－○○○○－○○○○ | ※第 東京 加 | 記入不要　月 |
| 経営区分 | ☑ 個人　☐ 法人 | 厚生年金 | ☐ 適用　☑ 非適用 |
| 医療機関コード | ○○○○○○○ | | |

下記には、加入申し込みする方について記入してください。　※家族の追加の場合は、組合員欄の記入は不要です。

| 加入区分 | ☐ 事業主（第１種組合員） | ☐ 勤務医師（第１種組合員） | ☐ 従業員（第２種組合員） | ☑ 家族 |
|---|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 組合員 | 氏名 | フリガナ | マイナンバーカードの | | ☐社保　☐任意継続　☐国保 |
| | | 記入不要 | | | 養 |
| | 個人番号 | | 職種 | ☐その他（　　） | 失 喪失予定 |
| | | | | | 令和　年　月　日まで |
| 家族 | 氏名 | フリガナ　○○○○　○○○○ | 続柄 | 妻 | マイナンバーカードの健康保険証利用登録※１ ☐有　☐無 |
| | | ○　○　○　○　男・女 | 生年月日 | ☑昭和 ☐平成 ☐令和　○○年○○月○○日 | 加入前の保険 ☑社保　☐任意継続　☐国保 |
| | 個人番号 | △△△△△△△△△△△△ | 職業 | ☑無（学生含む） ☐有（ | ☐出生　☐その他（　　） |
| | | | | | ①加入区分　本人・扶養 |
| | | | | | ②加入状況　加入中・喪失 喪失予定 |
| | | | | | 令和○○年○○月○○日まで |
| 家族 | 氏名 | フリガナ | 続柄 | | マイナンバーカードの健康保険証利用登録※１ ☐有 |
| | | 男・女 | 生年月日 | ☐昭和 ☐平成 ☐令和　年 | |
| | | | 職業 | ☐無（学生含む） ☐有（ | |
| | | | 続柄 | | マイナンバーカードの健康保険証利用登録※１ ☐有　☐無 |
| | | | 生年月日 | ☐昭和 ☐平成 ☐令和　年 | ☐社保　☐任意継続　☐国保 |
| | | | 職業 | ☐無（学生含む） ☐有（ | ☐出生　☐その他（　　） |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 現住所（住民票のとおり記入してください。） | 〒○○○－○○○○<br>東京都○○区○○○　２－２－２ | 電話番号 | ０３－○○○○－○○○○ |
| | | 携帯番号 | ０９０－××××－×××× |
| 記号・番号（家族の追加の場合のみ記入） | ８６－００１・１２３４５６７ | 加入希望日 | 年　月　日 ○○○○○○ |

貴組合へ加入したく、規約・規程を遵守することを誓い、上記のとおり申し込みます。

令和　○○　年　○○　月　○○　日

組合員　※加入申し込みする組合員（家族の場合はその世帯に属する組合員）が記入してください。

氏名　○○　○○　　個人番号　□□□□□□□□□□□□

東京都医師国民健康保険組合理事長　殿

**事業主確認欄**　※事業主（医師組合員）及びその家族の加入時は記入不要

１．上記の組合員及びその家族が加入することを承諾しました。
２．組合員の個人番号等に誤りがないことを確認しました。
３．規約・規程を遵守することを誓います。

記号・番号　８６－００１・１２３４

事業主名（医師組合員）　○○　○○

| 入力 | 照合 | 交付 | 処理印 | 受付印 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

加入申し込みする人を全員記入してください。

加入しない家族がいる場合は、裏面に氏名を記入の上、その方の被保険者証、資格情報通知書、資格確認書の写しいずれか一つを添付してください。

マイナンバーカードの健康保険証利用登録有無により資格情報通知書・資格確認書どちらかを発行いたします。登録状況をご自身でご確認いただき必ず記載してください。

第２種組合員の記号・番号を記入してください。

個人番号（マイナンバー）を記入してください。

第２種組合員の氏名を記入してください。

事業主の記号・番号と氏名を記入してください。

※従業員の個人番号に関しては、事業主である医師（第一種・第三種組合員）が番号確認と身元確認を行ってください。

※第一種組合員の個人番号に関しては、当組合が本人確認をします。（番号確認書類と身元確認書類の添付が必要です。）

※代理人（社会保険労務士等）を通じて申し込みをする場合は、委任状と代理人の身分証の写しが必要です。

※１　マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（５年毎に更新が必要）が有効であるものに限ります。

**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。
また、その人の健康保険の「被保険者証」、「資格情報通知書」、「資格確認書」の写しいずれか１
※国保法第19条の規定により、区市町村国保に加入されている家族は組合員と共に加入していただく

## 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) ○　○ | (名) ○　○ | ☑ 社　保　☐ 任意継続　☐ 医師国保　☐ その他の国保組合<br>☐ 後期高齢者医療制度　☐ その他（　　） |
| (氏) | (名) | ☐ 社　保　☐ 任意継続　☐ 医師国保　☐ その他の国保組合<br>☐ 後期高齢者医療制度　☐ その他（　　） |
| (氏) | (名) | 医師国保　☐ その他の国保組合<br>その他（　　） |
| | | 医師国保　☐ その他の国保組合<br>その他（　　） |

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、資格情報通知書、資格確認書の写しいずれか１つ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　　○　○　　○　○
事業主（雇用主）

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。

**添付書類について**

| 加入区分 | 必 要 な 添 付 書 類 等 |
|---|---|
| | ☐個人番号の記載のある世帯全員が記載された住民票の原本<br>（３か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの） |
| 第２種組合員<br>従　業　員 | ☐個人番号の記載のある世帯全員が記載された住民票の原本<br>（３か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの）<br>（外国籍の方は、国籍・在留資格・在留期間に省略のないもの）<br>☐加入しない家族の健康保険の「被保険者証」、<br>「資格情報通知書」、「資格確認書」の写しいずれか１つ<br>☐健康保険適用除外承認申請書 ※２<br>☐就労証明書 ※３ |
| 家　　族 | ☐個人番号の記載のある世帯全員が記載された住民票の原本<br>（３か月以内に発行された続柄等全て記載されたもの）<br>（外国籍の方は、国籍・在留資格・在留期間に省略のないもの）<br>（世帯合併による加入の場合は、世帯合併日が明記された履歴付きのもの）<br>☐資格喪失証明書（社会保険等を資格喪失している場合）※４ |

※１　番号確認は、マイナンバーカード（裏面）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、マイナンバーカード（表面）、運転免許証、
しが必要です。

外承認を受けて組合に加入している事
する組合員は、健康保険適用除外承認
ります。

この欄の上部）の就労証明書欄に記入

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。

※４　健康保険の資格喪失証明書が必要となります。
（雇用保険資格喪失確認通知書では手続き出来ません。）

### 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。