

被保険者証番号	—
---------	---

加入日	年 月 日
-----	-------

受付日	年 月 日
-----	-------

常務理事	事務局長	事務長	業務係	会計・庶務係

加入申込書

下記のとおり申込みいたします。

令和 年 月 日

組合員氏名	
医療機関名	
医療機関住所	〒 TEL FAX

※被保険者証住所は住民票の住所となります。住民票の住所をご記入ください。

被保険者証住所	〒 TEL
---------	--------------

宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

1. 加入要件について

- 1) 組合員は宮崎県内に住所を有し、医療及び福祉の事業又は業務に従事する①または②に該当する医師とする。(規約第7条・組合員資格に関する判定基準)
 - ①宮崎県医師会会員であるA会員及びB会員とする。
 - ②高齢者の医療の確保に関する法律第50条に該当する①の方。(高齢組合員)
- 2) 組合は組合員及びその世帯に属する者をもって被保険者とする。(規約第8条)
 但し、国民健康保険法第6条各号(第10号を除く。)のいずれかに該当する者及び他の国民健康保険組合の被保険者を除く。

2. 手続きについて

- 1) 新たに加入する場合は次の書類を添えて各郡市医師会(宮大医学部医師会除く)の医師国保組合支部で手続きを受けてください。
 - ・被保険者資格取得届(届出様式3号)
 - ・医師国保取得前に加入していた保険の資格喪失証明書等
 - ・世帯全員の住民票の写し(3か月以内に発行されたもので、続柄が記載されたもの)
 ※修学のため遠隔地に居住し扶養を受けている学生は、国民健康保険法第116条該当届と在学証明書が必要です。(国保法第116条)

被 保 険 者					
	氏 名	性別	生年月日	組 合 員 との続柄	備 考
1	ふりがな	男・女	昭・平・令 . .	組合員	
2	ふりがな	男・女	昭・平・令 . .		
3	ふりがな	男・女	昭・平・令 . .		
4	ふりがな	男・女	昭・平・令 . .		
5	ふりがな	男・女	昭・平・令 . .		
6	ふりがな	男・女	昭・平・令 . .		
7	ふりがな	男・女	昭・平・令 . .		
8	ふりがな	男・女	昭・平・令 . .		
9	ふりがな	男・女	昭・平・令 . .		
10	ふりがな	男・女	昭・平・令 . .		

組合使用欄

①被保険者住所	②組合員の従事状況	③健康保険の適用	④適用除外承認
1 県内同一世帯 2 116条(有・無) 3 その他 ()	1 開設者又は管理者 2 勤務医 常勤・非常勤 3 組合事務所に使用される者 4 専門職 ()	有 ・ 無 1 法人 2 個人 常時5人以上 3 個人 常時5人未満	済 ・ 未 ③が有りの場合のみ