事　務　連　絡
平成１７年２月１日

各医師会事務局　御中

福岡県医師国民健康保険組合

政府管掌健康保険の適用除外者に係る資格取得日について

時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より、本組合の事業運営につきましては、格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、政府管掌健康保険の適用除外承認を受けて当組合に加入する組合員の資格取得日は、従来、届書到着日としておりましたが、社会保険事務所から「適用除外日と医師国保資格取得日は同日でないと適用除外は承認できない」との指摘を受けたため、平成１７年１月より「適用除外を受けようとする年月日」を資格取得日とするよう変更をいたしました。

つきましては、届書の到着が「適用除外を受けようとする年月日」以降となった場合でも、遡及して資格を取得することとなります。

なお、平成１６年７月１６日付で送付いたしました「資格関係事務取扱の手引き」の「資格取得年月日について」を一部変更いたしましたので、ご熟読の上、組合員への周知方につきましてよろしくお願いいたします。

また、資格関係にご質問がある場合は、医師国保組合業務課までお問い合わせいただきますよう合わせてお願いいたします。

記

【送付書類】

１．資格関係事務取扱の手引き　　１部
１．健康保険被保険者適用除外承認申請書（写）　１部

小郡三井医師会より　　**担当理事　永田正和**

資格関係事務取扱の手引き

平成１７年２月

福岡県医師国民健康保険組合

目　　次

1. 資格取得するとき

(1) 甲種組合員として加入するとき…… 1
① 提出書類について…… 1
② 資格取得届の記入箇所…… 1
③ 資格取得年月日について…… 1
④ 被保険者証の交付について…… 1
(2) 乙種組合員として加入するとき…… 2
① 提出書類について…… 2
② 資格取得届の記入箇所…… 2
③ 資格取得年月日について…… 2
④ 被保険者証の交付について…… 2
(3) 家族を追加するとき（出生・社会保険喪失など）…… 3
① 提出書類について…… 3
② 資格取得届の記入箇所…… 3
③ 資格取得年月日について…… 3
④ 被保険者証の交付について…… 3

2. 資格喪失するとき

(1) 甲種組合員が喪失するとき…… 4
① 提出書類について…… 4
② 資格喪失届の記入箇所…… 4
③ 資格喪失年月日について…… 4
(2) 乙種組合員が喪失するとき…… 4
① 提出書類について…… 4
② 資格喪失届の記入箇所…… 5
③ 資格喪失年月日について…… 5
(3) 家族を喪失するとき（死亡・社会保険加入など）…… 5
① 提出書類について…… 5
② 資格喪失届の記入箇所…… 5
③ 資格喪失年月日について…… 6

3. 事業所を移転したとき

① 提出書類について…… 6
② 変更届の記入箇所…… 6

4. 事業所の名称を変更したとき

① 提出書類について…… 6
② 変更届の記入箇所…… 6

5. 開設者が変更したとき

(1) 個人事業所の開設者が変更したとき…… 7
① 提出書類について…… 7
② 変更届の記入箇所…… 7
(2) 法人事業所の開設者が変更したとき…… 7
① 提出書類について…… 7
② 変更届の記入箇所…… 7

6. 法人事業所を開設したとき

① 提出書類について…… 7
② 変更届の記入箇所…… 8

7. 所属地区医師会が変更したとき

① 提出書類について…… 8
② 変更届の記入箇所…… 8

8. 被保険者の氏名が変更したとき

① 提出書類について…… 8
② 変更届の記入箇所…… 8

9. 自宅住所が変更したとき

① 提出書類について…… 8
② 変更届の記入箇所…… 9

10. 被保険者証、高齢受給者証を紛失・破損したとき

① 提出書類について…… 9

☆ **資格関係の届出・申請手続便覧**…… 10

1. 資格取得するとき

(1) 甲種組合員として加入するとき

福岡県医師会の会員は、国民健康保険法第６条に規定する者（被用者保険等加入者）を除き、甲種組合員となります。

① 提出書類について

○国民健康保険被保険者資格取得届（様式第１号）
○世帯全員が記載された住民票※1（続柄が記載されたもの）
○各郡市医師会長の加入証明（取得届裏面に証明を受けてください。）
○預金口座振替依頼書（原則として、郡市医師会会費の引去り口座をご指定ください。）
○資格喪失証明書（社会保険の資格を喪失した場合のみご提出ください。）
○健康保険被保険者適用除外承認申請書（法人事業所で、他の甲種組合員と乙種組合員が、健康保険の適用除外承認を受けている場合にご提出ください。）

② 資格取得届の記入箇所

○加入区分（『１甲種組合員』に○をつけ、ア、イのいずれかにも○をつけてください。）
○資格取得年月日（下記の『③資格取得年月日について』を参照ください。）
○医療機関名称・所在地・コード番号・事業所区分・開設者氏名
（新規開設で医療機関コード番号が未定の場合は、空白でご提出ください。）
○組合員となる者の氏名・続柄・性別・生年月日・職業・自宅住所・前加入の保険の種類
○家族となる者の氏名・続柄・性別・生年月日・職業
（甲種組合員と同一世帯にある家族が加入する場合にはご記入ください。）

③ 資格取得年月日について

組合規約第９条第２項および被保険者規程第９条第１項により、組合がその届を受理した日を資格取得年月日としますので、取得日を指定する場合には、資格取得年月日欄に日付をご記入のうえ、その日までに届が組合に到着するよう届出ください。
ただし、健康保険の適用除外承認を受けて組合に加入する場合は、「適用除外を受けようとする年月日」を資格取得年月日とします。

④ 被保険者証の交付について

住民票と医師会長の加入証明を確認した後に交付いたします。
ただし、健康保険適用除外承認申請が必要な場合は、「健康保険被保険者適用除外承認証（社会保険事務所の受付印が押印されているもの）」を確認した後に交付いたします。

【留意事項】
※１　住民票は３ヵ月以内に発行されたものをご提出ください。

(2) 乙種組合員として加入するとき

甲種組合員に雇用されている者で、その医療機関の業務に常時従事している者とします。

① 提出書類について

○国民健康保険被保険者資格取得届（様式第１号）
○世帯全員が記載された住民票※1（続柄が記載されたもの）
○雇用保険被保険者証のコピー※2
○資格喪失証明書（社会保険の資格を喪失した場合のみご提出ください。）
○健康保険被保険者適用除外承認申請書（個人事業所で、乙種組合員が健康保険の適用除外承認を受けている場合および法人事業所で、甲種組合員と乙種組合員が、健康保険の適用除外承認を受けている場合にご提出ください。）

② 資格取得届の記入箇所

○甲種組合員被保険者証記号番号
○加入区分（『２乙種組合員』に○をつけてください。）
○資格取得年月日（下記の『③資格取得年月日について』を参照ください。）
○医療機関名称・所在地・コード番号・事業所区分
（新規開設で医療機関コード番号が未定の場合は、空白でご提出ください。）
○組合員となる者の氏名・続柄・性別・生年月日・職業・自宅住所・前加入の保険の種類
○家族となる者の氏名・続柄・性別・生年月日・職業
（乙種組合員と同一世帯にある家族が加入する場合にはご記入ください。）

③ 資格取得年月日について

組合規約第９条第２項および被保険者規程第９条第１項により、組合がその届を受理した日を資格取得年月日としますので、取得日を指定する場合には、資格取得年月日欄に日付をご記入のうえ、その日までに届が組合に到着するよう届出ください。
ただし、健康保険の適用除外承認を受けて組合に加入する場合は、「適用除外を受けようとする年月日」を資格取得年月日とします。

④ 被保険者証の交付について

住民票と雇用保険被保険者証のコピーを確認した後に交付いたします。
ただし、健康保険適用除外承認申請が必要な場合は、「健康保険被保険者適用除外承認証（社会保険事務所の受付印が押印されているもの）」を確認した後に交付いたします。

【留意事項】

※１　住民票は３ヵ月以内に発行されたものをご提出ください。

※２　雇用保険被保険者証のコピーは、乙種組合員が雇用される医療機関の業務に常時従事しているかを確認するためですので、ハローワークで加入のお手続きのうえ、ご提出ください。

(3) 家族を追加するとき（出生・社会保険喪失など）

組合員と同一世帯（住居及び生計を同一とする）にある者とします。

① 提出書類について

○国民健康保険被保険者資格取得届（様式第１号）
○世帯全員が記載された住民票※1（続柄が記載されたもの）
○資格喪失証明書（社会保険の資格を喪失した場合のみご提出ください。）

② 資格取得届の記入箇所

○甲種組合員被保険者証記号番号
○加入区分（『３家族の追加』に○をつけてください。）
○資格取得年月日（下記の『③資格取得年月日について』を参照ください。）
○医療機関名称・所在地・コード番号
○家族となる者の氏名・続柄・性別・生年月日・職業・前加入の保険の種類

③ 資格取得年月日について

組合規約第９条第２項および被保険者規程第９条第１項により、組合がその届を受理した日を資格取得年月日としますので、取得日を指定する場合には、資格取得年月日欄に日付をご記入のうえ、その日までに届が組合に到着するよう届出ください。
ただし、出生の場合は、出生の日に遡って取得いたします。

④ 被保険者証の交付について

住民票を確認した後に交付いたします。

【留意事項】

※１　住民票は３ヵ月以内に発行されたものをご提出ください。

2. 資格喪失するとき

(1) 甲種組合員が喪失するとき

甲種組合員が資格喪失するときは、その家族および乙種組合員とその家族も同時に喪失となります。

① 提出書類について

○国民健康保険被保険者資格喪失届（様式第２号）
○被保険者証カード※1
（甲種組合員世帯全員分と乙種組合員が加入している場合は、乙種組合員世帯全員分）
○高齢受給者証※1（交付を受けている方のみ）
○すでに社会保険の資格を取得している場合は、その被保険者証のコピー
○死亡の場合は、死亡診断書のコピー

② 資格喪失届の記入箇所

○甲種組合員被保険者証記号番号
○喪失区分（『１甲種組合員』に○をつけてください。）
○資格喪失年月日（下記の『③資格喪失年月日について』を参照ください。）
○被保険者証番号・資格喪失する者の氏名・生年月日
（甲種組合員、家族の順にご記入ください。）
○資格喪失理由
○資格喪失証明書送付先（必要な場合のみご記入ください。）

③ 資格喪失年月日について

被保険者規程第10条により、組合がその届を受理した日を資格喪失年月日とします。
ただし、死亡および社会保険加入の場合は、その日の翌日に遡って資格を喪失いたします。

【留意事項】

※1　被保険者証および高齢受給者証を返納することができない場合は、「国民健康保険被保険者証高齢受給者証紛失届（様式第５号）」をご提出ください。

(2) 乙種組合員が喪失するとき

乙種組合員が資格喪失するときは、その家族も同時に喪失となります。

① 提出書類について

○国民健康保険被保険者資格喪失届（様式第２号）
○被保険者証カード※1（乙種組合員世帯全員分）
○高齢受給者証※1（交付を受けている方のみ）
○すでに社会保険の資格を取得している場合は、その被保険者証のコピー
○死亡の場合は、死亡診断書のコピー

② 資格喪失届の記入箇所

○甲種組合員被保険者証記号番号

○喪失区分（『２乙種組合員』に○をつけてください。）

○資格喪失年月日（下記の『③資格喪失年月日について』を参照ください。）

○被保険者証番号・資格喪失する者の氏名・生年月日

（乙種組合員、家族の順にご記入ください。なお、複数の乙種組合員が同日に資格を喪失する場合は、１枚の届書にまとめてご記入ください。）

○資格喪失理由

○資格喪失証明書送付先（必要な場合のみご記入ください。）

③ 資格喪失年月日について

被保険者規程第10条により、組合がその届を受理した日を資格喪失年月日とします。ただし、退職、死亡および社会保険加入の場合は、その日の翌日に遡って資格を喪失いたします。

【留意事項】

※１　被保険者証および高齢受給者証を返納することができない場合は、「国民健康保険被保険者証高齢受給者証紛失届（様式第５号）」をご提出ください。

(3) 家族を喪失するとき（死亡・社会保険加入など）

① 提出書類について

○国民健康保険被保険者資格喪失届（様式第２号）

○被保険者証カード※1（喪失する方のみ）

○高齢受給者証※1（交付を受けている方のみ）

○すでに社会保険の資格を取得している場合は、その被保険者証のコピー

○死亡の場合は、死亡診断書のコピー

② 資格喪失届の記入箇所

○甲種組合員被保険者証記号番号

○喪失区分（『３家族の喪失』に○をつけてください。）

○資格喪失年月日（次頁の『③資格喪失年月日について』を参照ください。）

○被保険者証番号・資格喪失する者の氏名・生年月日

（複数の家族が同日に資格を喪失する場合は、１枚の届書にまとめてご記入ください。）

○資格喪失理由

○資格喪失証明書送付先（必要な場合のみご記入ください。）

③ 資格喪失年月日について

被保険者規程第10条により、組合がその届を受理した日を資格喪失年月日とします。
ただし、死亡および社会保険加入の場合は、その日の翌日に遡って資格を喪失いたします。

【留意事項】

※1　被保険者証および高齢受給者証を返納することができない場合は、「国民健康保険被保険者証高齢受給者証紛失届（様式第5号）」をご提出ください。

3. 事業所を移転したとき

① 提出書類について

○国民健康保険被保険者申請事項変更届（様式第3号）
○医師国保組合加入者全員分の被保険者証と高齢受給者証（交付を受けている場合）

② 変更届の記入箇所

○被保険者証記号番号・組合員氏名（甲種組合員の被保険者証記号番号と氏名をご記入ください。）
○変更前と変更後の『3事業所所在地』に○をつけ、郵便番号、電話番号、所在地をご記入ください。

4. 事業所の名称を変更したとき

① 提出書類について

○国民健康保険被保険者申請事項変更届（様式第3号）
○医師国保組合加入者全員分の被保険者証

② 変更届の記入箇所

○被保険者証記号番号・組合員氏名（甲種組合員の被保険者証記号番号と氏名をご記入ください。）
○変更前と変更後の『1事業所名称及び事業所区分』に○をつけ、名称をご記入ください。

5. 開設者が変更したとき

(1) 個人事業所の開設者が変更したとき

① 提出書類について

○国民健康保険被保険者申請事項変更届（様式第３号）

○変更前の甲種組合員のもとに乙種組合員が加入している場合は、乙種組合員とその家族の被保険者証と高齢受給者証（交付を受けている場合）を添付してください。

○事業所名称が変更する場合は、甲種組合員とその家族の被保険者証も添付してください。

② 変更届の記入箇所

○被保険者証記号番号・組合員氏名（変更後の甲種組合員の被保険者証記号番号と氏名をご記入ください。）

○変更前と変更後の『２医療機関コード』に○をつけ、コード番号をご記入ください。

○変更前と変更後の『４開設者の変更』に○をつけ、被保険者証記号番号と氏名をご記入ください。

(2) 法人事業所の開設者が変更したとき

① 提出書類について

○国民健康保険被保険者申請事項変更届（様式第３号）

○変更前の甲種組合員のもとに乙種組合員が加入している場合は、乙種組合員とその家族の被保険者証と高齢受給者証（交付を受けている場合）を添付してください。

○事業所名称が変更する場合は、甲種組合員とその家族の被保険者証も添付してください。

② 変更届の記入箇所

○被保険者証記号番号・組合員氏名（変更後の甲種組合員の被保険者証記号番号と氏名をご記入ください。）

○変更前と変更後の『４開設者の変更』に○をつけ、被保険者証記号番号と氏名をご記入ください。

6. 法人事業所を開設したとき

① 提出書類について

○健康保険被保険者適用除外承認申請書

○預金口座振替依頼書（口座を変更する場合）

○国民健康保険被保険者申請事項変更届（様式第３号）

○医師国保組合加入者全員分の被保険者証

② 変更届の記入箇所

○被保険者証記号番号・組合員氏名（甲種組合員の被保険者証記号番号と氏名をご記入ください。）

○変更前と変更後の『１事業所名称及び事業所区分』に○をつけ、名称を記入し、区分に○をつけてください。

○変更前と変更後の『２医療機関コード』に○をつけ、コード番号をご記入ください。

7. 所属地区医師会が変更したとき

① 提出書類について

○国民健康保険被保険者申請事項変更届（様式第３号）

○医師国保組合加入者全員分の被保険者証と高齢受給者証（交付を受けている場合）

② 変更届の記入箇所

○被保険者証記号番号・組合員氏名（甲種組合員の被保険者証記号番号と氏名をご記入ください。）

○変更前と変更後の『５所属地区医師会変更』に○をつけ、医師会名をご記入ください。

8. 被保険者の氏名が変更したとき

① 提出書類について

○国民健康保険被保険者申請事項変更届（様式第３号）

○変更した方の被保険者証と高齢受給者証（交付を受けている場合）

② 変更届の記入箇所

○被保険者証記号番号・組合員氏名（変更した組合員の被保険者証記号番号と氏名をご記入ください。）

○変更前と変更後の『６氏名』に○をつけ、氏名をご記入ください。

9. 自宅住所が変更したとき

① 提出書類について

○国民健康保険被保険者申請事項変更届（様式第３号）

○甲種組合員で被保険者証の住所が自宅住所で記載されている方（事業所名称の記載なし）は、被保険者証と高齢受給者証（交付を受けている場合）を添付してください。その他の方は原則として、被保険者証の住所は事業所所在地を記載しておりますので、自宅住所が変更した場合は、変更届のみをご提出ください。

② 変更届の記入箇所

○被保険者証記号番号・組合員氏名（変更した組合員の被保険者証記号番号と氏名をご記入ください。）

○変更前と変更後の『７自宅住所』に○をつけ、郵便番号、電話番号、住所をご記入ください。

10. 被保険者証、高齢受給者証を紛失・破損したとき

① 提出書類について

○国民健康保険被保険者証高齢受給者証再交付申請書（様式第４号）

【留意事項】

※１　被保険者証カードの再交付については、１枚につき 1,000 円の手数料を徴収することになっております。

※２　被保険者証の再交付は、手数料が入金されたのを確認した後に交付いたします。

資格関係の届出・申請手続便覧

書類の名称	様式	提出すべきとき	提出期限	添付書類
国民健康保険被保険者資格取得届	第1	甲種組合員（医師会員）として加入するとき	14日以内	・各郡市医師会長の加入証明（届書裏面） ・世帯全員が記載された住民票（続柄要） ・預金口座振替依頼書 ・資格喪失証明書（社会保険の資格を喪失した場合）
		乙種組合員（従業員）として加入するとき	14日以内	・雇用保険被保険者証のコピー ・世帯全員が記載された住民票（続柄要） ・資格喪失証明書（社会保険の資格を喪失した場合）
		組合員の家族を追加するとき	14日以内	・世帯全員が記載された住民票（続柄要） ・資格喪失証明書（社会保険の資格を喪失した場合）
国民健康保険被保険者資格喪失届	第2	甲種組合員が喪失するとき	14日以内	・被保険者証（甲種組合員世帯全員分と乙種組合員が加入している場合は乙種組合員世帯全員分） ・高齢受給者証（交付を受けている場合） ・すでに社会保険の資格を取得している場合は、その被保険者証のコピー
		乙種組合員が喪失するとき	14日以内	・被保険者証（乙種組合員世帯全員分） ・高齢受給者証（交付を受けている場合） ・すでに社会保険の資格を取得している場合は、その被保険者証のコピー
		組合員の家族を喪失するとき	14日以内	・被保険者証（喪失する方のみ） ・高齢受給者証（交付を受けている場合） ・すでに社会保険の資格を取得している場合は、その被保険者証のコピー
国民健康保険被保険者申請事項変更届	第3	事業所を移転したとき	14日以内	・医師国保加入者全員分の被保険者証と高齢受給者証（交付を受けている場合）
		事業所の名称を変更したとき	14日以内	・医師国保加入者全員分の被保険者証
		開設者が変更したとき	14日以内	・変更前の甲種組合員のもとに乙種組合員が加入している場合は、乙種組合員とその家族の被保険者証と高齢受給者証（交付を受けている場合） ・事業所名称を変更する場合は、甲種組合員とその家族の被保険者証
		法人事業所を開設したとき	14日以内	・健康保険被保険者適用除外承認申請書 ・預金口座振替依頼書（口座を変更する場合） ・医師国保加入者全員分の被保険者証
		所属地区医師会が変更したとき	14日以内	・医師国保加入者全員分の被保険者証と高齢受給者証（交付を受けている場合）
		被保険者の氏名が変更したとき	14日以内	・変更した方の被保険者証と高齢受給者証（交付を受けている場合）
		自宅住所が変更したとき	14日以内	・被保険者証の住所が自宅住所で記載されている方は被保険者証と高齢受給者証（交付を受けている場合）
国民健康保険被保険者証高齢受給者証再交付申請書	第4	被保険者証、高齢受給者証を紛失・破損したとき	都度	・被保険者証・高齢受給者証（破損の場合） ・被保険者証カードの再交付は、1枚につき1,000円の手数料
国民健康保険被保険者証高齢受給者証紛失届	第5	資格喪失届に被保険者証、高齢受給者証を添付することができないとき	都度	

（注）1．資格関係の届出は、すべて甲種組合員が行ってください。

2．世帯全員が記載された住民票は、3カ月以内に発行されたものをご提出ください。

3．資格取得・喪失の年月日は、組合が届を受理した日をその年月日とします。ただし、出生の場合は出生の日、健康保険の適用除外が承認された組合員は適用除外年月日、死亡の場合は死亡の日の翌日、乙種組合員が事業所を退職した場合は退職の日の翌日、社会保険加入の場合は加入の日の翌日をその年月日とします。

決裁					
日付印	所長	次長	課長	係長	係員

健康保険被保険者適用除外承認申請書

（国民健康保険組合被保険者）

事業所の記号	事業所番号
※	

正

注1 厚生年金保険被保険者資格取得届と同時に提出してください。
2 この用紙は複写用紙です強めに記入してください。
3 申請者の印を必ず押印して下さい。
4 三枚目以降にも必要事項を記入して下さい。

※被保険者の番号（年金整理番号）	申請者の氏名	生年月日	種別（性別）	適用除外を受けようとする年月日	申請者の印
	（フリガナ） （氏）　（名）	明1・大3・昭5・平7　年　月　日	男・女	平成　年　月　日	㊞
	郵便番号　－ ※住所コード	被保険者住所	（フリガナ） 都道府県		
	（フリガナ） （氏）　（名）	明1・大3・昭5・平7　年　月　日	男・女	平成　年　月　日	㊞
	郵便番号　－ ※住所コード	被保険者住所	（フリガナ） 都道府県		
	（フリガナ） （氏）　（名）	明1・大3・昭5・平7　年　月　日	男・女	平成　年　月　日	㊞
	郵便番号　－ ※住所コード	被保険者住所	（フリガナ） 都道府県		
	（フリガナ） （氏）　（名）	明1・大3・昭5・平7　年　月　日	男・女	平成　年　月　日	㊞
	郵便番号　－ ※住所コード	被保険者住所	（フリガナ） 都道府県		

↳この日付が、資格取得日となります。

国民健康保険組合加入資格証明欄

左の者は当国民健康保険組合の加入者たることを証明します。

平成　年　月　日

国民健康保険組合理事長　印

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	〒□□□－□□□□ （住所） （氏名）　㊞
電話	（　局）　番

平成　年　月　日提出

受付日付印

当該事務所に使用されかつ国民健康保険組合の被保険者である間、健康保険の適用除外の承認を申請します。

社会保険事務所長殿