

山口県医師国民健康保険への加入手続きについて

一般社団法人 山口大学医師会

山口県医師国民健康保険にご加入いただく場合、被保険者の資格取得手続きが必要です。ご本人の住民票のご住所が、山口県・広島県・島根県及び福岡県以外の場合は、ご加入いただくことが出来ませんのでご注意ください。

また、山口県医師国民健康保険は世帯単位での加入が原則であり、同一世帯内（同一住民票）において山口県医師国保の被保険者と市町国保被保険者が混在することはできないことから、世帯単位でどちらかに加入していただくことになります。

加入手続に必要な書類は以下のとおりです。

【資格取得手続提出書類】

- 個人番号（マイナンバー） 確認書類 別紙 1
平成 28 年 1 月より個人番号確認書類の提出が必須となりました。
必ず個人番号確認書類・身元確認書類を添付して提出して下さい。
- 被保険者資格取得届
記入見本①をご覧ください、赤枠をご記入ご捺印下さい。
- 住民票（原本）
必ず「世帯全員分」の住民票原本を提出願います。（コピー不可）
ご家族に学生等で（同一住民票）ではない方がおられる場合は、その方の住民票に添えて、「在学証明書」もご提出願います
- 預金口座振替依頼書
毎月の保険料は、山口銀行のご指定口座から口座振替によりお支払いいただくこととなります。記入見本②をご覧ください、赤枠をご記入ご捺印下さい。
なお、山口銀行に口座をお持ちでない場合は、早急に口座を開設していただく必要があります。

平成 28 年 1 月よりマイナンバー導入により、山口大学医師会事務局にて書類のチェック等が出来なくなり、加入者が医師国民健康保険組合に直接簡易書留で送付することとなりました。書類の確認が出来ないよう封緘されたものでしたら、山口大学医師会事務局より発送致しますのでお問合せ下さい。

甲種組合員及びその家族に関する届出を甲種組合員が提出する場合

記号番号	
甲種組合員氏名	

本人確認書類

甲種組合員の番号確認書類	<p>甲種組合員の個人番号カード(両面の写し)または通知カード(写し)</p> <p style="text-align: center;">貼り付け</p>
甲種組合員の身元確認書類	<p>上記で個人番号カード(両面の写し)を貼り付けた場合は不要</p> <p>甲種組合員の運転免許証(写し)またはパスポート(写し) (※運転免許証またはパスポートがない場合は、下記のうち、2枚を貼り付けてください)</p> <p style="text-align: center;">貼り付け</p>

※ 2枚の提出が必要な書類

- ・ 被保険者証
- ・ 住民票 (マイナンバーの記載されたもの 6カ月以内)
- ・ 戸籍謄本、戸籍抄本
- ・ 年金手帳 等

被保険者資格取得届

1. 加入区分	新規加入・家族追加	3. 資格取得年月日	平成 年 月 日
2. 被保険者証記号番号	家族追加の場合に記入		
4. 被保険者となる者			
フリガナ 氏名	組合員 との続柄	性別	5. 個人番号
			生年月日 職業
(1)	家族追加の場合はご家族様のみ	男	
		女	S・H . . .
(2)		男	
		女	S・H . . .
(3)		男	
		女	S・H . . .
(4)		男	
		女	S・H . . .
(5)		男	
		女	S・H . . .
			6. 資格取得理由 (いずれかに○をつけてください)
			市町国保離脱
			社会保険離脱
			出生
			生活保護廃止
			その他(国保組合離脱等)

上記のとおり必要書類を添えて届けます

書類提出日

平成 年 月 日

山口県医師国民健康保険組合 様

7. 組合員

住所	
氏名	印
個人番号	

8. 医療機関名 **山口大学医学部附属病院**

委任欄 (※甲種組合員世帯の加入時は記入不要)

本届出を下記甲種組合員(事業主)に委任します

9. 乙種組合員氏名 印

10. 代理人
甲種組合員氏名 印
(事業主氏名)

赤枠内をご記入・ご捺印願います。

記入見本②

金融機関用

預金口座振替依頼書

<input type="checkbox"/>	株式会社 北九州銀行
<input type="checkbox"/>	株式会社 山口銀行

御中

平成 年 月 日

私は、下記の収納企業から請求された金額を私名義の下記預金口座から預金口座振替によって支払うこととしたいので、預金口座振替規定を確約のうえ依頼します。

収納企業名	山口県医師国民健康保険組合
-------	---------------

預金口座	フリガナ		金融機関 お届け印	北九州	山口	銀行	
	預金者名			全振コード・店番	支店・出張所		
				預金種目	1.普通 (含む総合口座)	2.当座	
			印	口座番号			

振替日	収納企業の指定する日（銀行休業日の場合は翌営業日）
-----	---------------------------

－預金口座振替規定－

- 銀行に請求書が送付されたときは、私に通知することなく、請求書記載金額を預金口座から引落しのうえ支払ってください。この場合、預金規定または当座勘定規定にかかわらず、預金通帳、同払戻請求書の発出または小切手の振出しはしません。
- 振替日において請求書記載金額が預金口座から払戻すことのできる金額（当座貸越を利用できる範囲内の金額を含む。）をこえるときは、私に通知することなく、請求書を送却してもさしつかえありません。
- この契約を解約するときは、私から銀行に書面により届出ます。なお、この届出がないまま長期間にわたり会社から請求がない等相当の事由があるときは、とくに申出をしない限り、銀行はこの契約を終了したものと取扱ってさしつかえありません。
- この預金口座振替についてかたに紛議が生じても、銀行の責めによる場合を除き、銀行には迷惑をかけません。

銀行 使用 欄	（不備返却事由）	
	1.預金取引なし	3.印鑑相違
	2.記載事項等相違 (店名、預金種目、 口座番号、口座名義 (備考))	4.その他 ()

検	関	印鑑照合	受付印

(収納企業使用欄)

フリガナ		料金等の 収納依頼 企業名	山口県医師国民 健康保険組合
契約者名			料金等の 種類
住所	〒 - TEL() -	振替開始	平成 年 月 支払分から
契約者 番号等			

1/3 預金者→収納企業→取まとめ店→事務センター
YS 1207 (22.5改、25.3刷)

赤枠内をご記入・ご捺印願います。
印鑑は必ず山口銀行お届け印を押印下さい。