

令和 7 年度版

# 医師国保のしおり

## もくじ

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| 1 加入・法人化時の継続                  | 1  |
| 2 加入条件と手続                     | 2  |
| 3 健康保険の適用除外                   | 3  |
| 4 保険料                         | 4  |
| 5 資格情報のお知らせ・資格確認書             | 5  |
| 6 保険給付                        | 6  |
| 7 自家診療の給付制限                   | 7  |
| 8 保健事業                        | 8  |
| 9 第三者行為                       | 9  |
| 10 整骨院・接骨院(柔道整復師)<br>の正しいかかり方 | 10 |
| 11 届出様式                       | 11 |

山口県医師国民健康保険組合

〒 753-0814 山口市吉敷下東 3 丁目 1-1 総合保健会館 5 階  
TEL: 083-924-4549 FAX: 083-922-2527

1

## 加入・法人化時の継続



大学院生 非常勤の勤務医 これから開業する勤務医

の方々は、本来、市町国保に加入となります。

市町国保・協会けんぽの保険料は所得に応じて決まることから、高額の保険料になることがあります。しかし、**医師国保**なら……

## メリット

山口県医師国保組合では、均等割のみの保険料なので、所得に関係なく、他保険に比較して保険料が安価となります。

### 現在、市町国保に加入している場合

### 現在、社会保険を任意継続している場合

の方々も、保険料が安価となります。

医師国保加入の開業医で、これから法人化

する場合は、本来、協会けんぽへ加入となります。

こんなメリットも…

・特定健診の費用の全額補助

#### ・健康診断費用の一定額補助

事前にご連絡  
ください

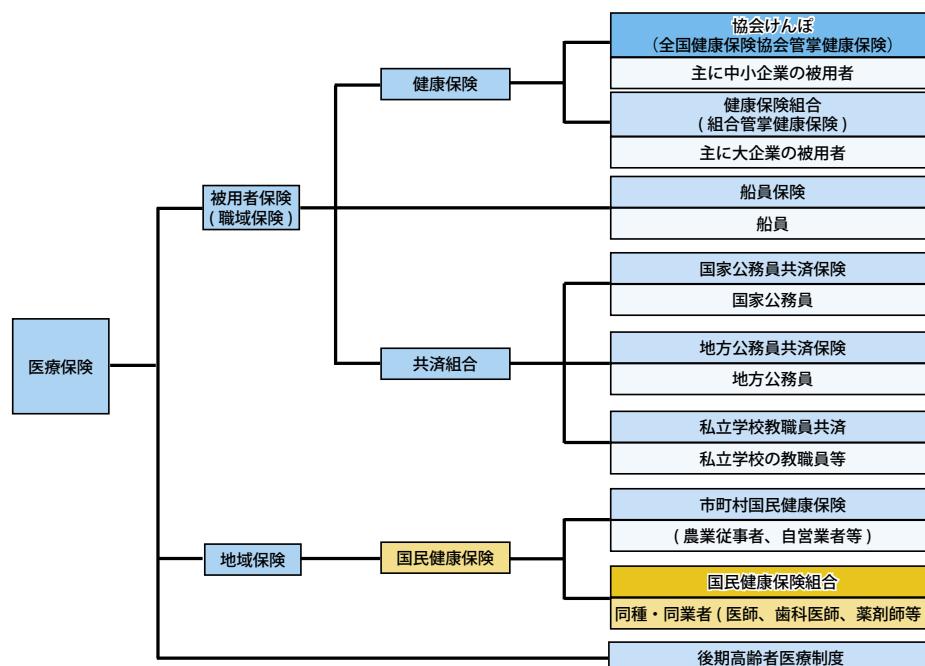
### 例) 大学院生 の令和 7 年度における保険料比較

※市国保は、世帯内の様々な状況で保険料が変わるために、参考値とする

| モデルケース<br>※ 39歳未満、子供は未就学児 | 市国保より医師国保の方が<br>安くなる年収の目安 | 山口県医師国保組合<br>の年間保険料<br>(所得割なし) | 市国保の年間保険料 (所得割あり) |           |            |
|---------------------------|---------------------------|--------------------------------|-------------------|-----------|------------|
|                           |                           |                                | 年収 700 万          | 年収 850 万  | 年収 1,000 万 |
| 単身世帯                      | おおむね 490 万 以上             | 444,000 円                      | 659,600 円         | 772,100 円 |            |
| + 配偶者                     | 〃 660 万 〃                 | 648,000 円                      | 693,800 円         | 857,900 円 | 890,000 円  |
| + 配偶者 + 子供 1 名            | 〃 825 万 〃                 | 852,000 円                      | 710,900 円         | 862,100 円 |            |

ミメリット

- ① 1人につき均等割の保険料が加算されるため、家族が増えると、他保険と比較して割高となることがあります。
- ② 自家診療における給付制限があります



3ページに記載の  
**「適用除外」**を行  
うと、医師国保に  
残ることが可能

### 3ページに記載 「適用除外」を

3ページに記載の  
**「適用除外」**を行  
うと、医師国保に  
残ることが可能

醫師國保

## 2 加入条件と手続き

### 1 加入条件

| 呼 称               | 名 称 | 対 象   | 住 所                                       |
|-------------------|-----|---|---|
| ①～④<br>全て<br>被保険者 | 組合員 | ①甲種組合員<br>山口県医師会員である医師                              | ・山口県<br>・島根県<br>・広島県<br>・福岡県<br>に住所を有すること |
|                   |     | ②甲種組合員<br>の家族<br>上記組合員と同一住民票の家族                     |   |
|                   | 組合員 | ③乙種組合員<br>甲種組合員が開設者または管理者である医療機関に勤務する従業員（看護師・事務員など） | 修学のため、住民票を別にしている学生は届出（第116条の届）が必要         |
|                   |     | ④乙種組合員<br>の家族<br>上記組合員と同一住民票の家族                     |   |

### 2 医師国保と市町国保の混在不可

国民健康保険法により、同一世帯の家族が、医師国保と市町国保に分かれて加入することはできません。

[どちらかに統一が必要です]

同一世帯で市町国保との混在が生じた場合は、  
その都度、医師国保組合にご連絡願います

#### よくある例

医師国保加入（組合員資格確認調査）時、市町国保との混在はなかつたが、その後、「協会けんぽ等に加入していた家族が離職等により、市町国保に加入していた」とことが判明した。

遡って、市町国保・医師国保の入れ替え手続きと  
保険料・医療費等の過不足分調整が必要になります。



### 3 後期高齢者医療制度（長寿医療制度）

甲種組合員が75歳に達し、後期高齢者医療制度に加入することにともない、医師国保組合の資格を喪失すると、本来、75歳未満の乙種組合員・家族も本組合の資格喪失（脱退）となります。

乙種組合員及び家族が医師国保に残ることができるように、組合員については、希望により「被保険者でない組合員（後期高齢者組合員）」として組合員資格のみ継続することができます。

75歳到達の前月に、継続確認の書類をお送りいたします。

組合員資格を継続した場合

| 75歳以上（後期高齢者）の資格等について |   |                                  |
|----------------------|---|----------------------------------|
| 保険者                  | 医師国保  | 広域連合                             |
| 資格                   | 被保険者としての資格なし<br>・組合員としての資格のみ                                  | 被保険者としての資格あり<br>(75歳以上全員)        |
| 保険料                  | 保険料：1,000円（月額）<br>※組合員資格10年以上<br>あった場合は免除                     | 保険料：所得によって異なる<br>[広域連合が徴収]       |
| その他                  | 継続は任意（届出必要）<br>※届け出ない場合、組合員の資格喪失となるので、家族や乙種組合員がいると、同時に全員が資格喪失 | 75歳になったら強制加入<br>※広域連合の被保険者資格にて受診 |

① 75歳未満の家族および組合員は、引き続き、医師国保組合の被保険者として残ることができます。

② 健康診断の一部助成、死亡見舞金の支給（10万円）の対象となります。

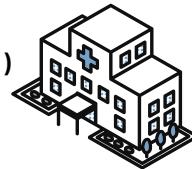


3

## 健康保険の適用除外

### 適用除外とは

法人事業所 および 常時 5 人以上の従業員がいる事業所 は、社会保険（健康保険と厚生年金）の加入が義務付けられていますが、「健康保険適用除外の承認」手続きにより、



健康保険の適用が除外され、医師国保の資格を継続できます

|               |   |
|---------------|---|
| 健康保険が適用となる事業所 | 社会保険（健康保険および厚生年金）が適用される事業所を「適用事業所」とい、下記の 2 つがあります。  |
| ①強制適用事業所      | 法人事業所および常時 5 人以上の従業員を雇用する個人事業所<br>→ 強制的に社会保険（健康保険および厚生年金）適用となります。<br>※ ただし、個人事業所の事業主には適用しません。                       |
| ②任意適用事業所      | 従業員が 5 人未満の個人事業所<br>→ 従業員の半数以上が同意し、厚生労働大臣認可をうけると適用事業所となり、社会保険（健康保険および厚生年金）に加入することができます。<br>※ ただし、個人事業所の事業主には適用しません。 |

法人化する場合

または

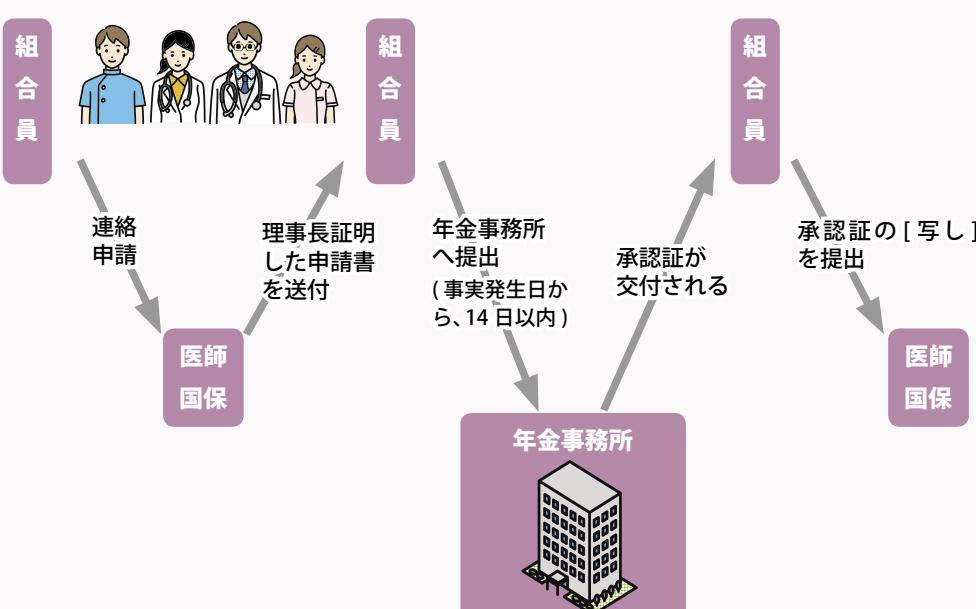
個人事業所で常時従業員が 5 人以上となる場合

申請書類をお送りしますので、医師国保にご連絡ください。  
事実発生日から、14 日以内に年金事務所への届出が必要です。

### 注意

- ・いったん健康保険に加入すると、医師国保に加入する（戻る）ことはできません。
- ・適用除外の手続きが遅れると、医師国保に残ることができません。

### 手続きの流れ



## 1 毎月の保険料

甲種組合員の指定する口座（山口銀行または西京銀行）から、自動振替により毎月納入していただきます。

|        | 40歳未満、65～74歳 |           |         | 40～64歳 |         |
|--------|--------------|-----------|---------|--------|---------|
|        | 医療給付費分       | 後期高齢者支援金分 | 総額      | 介護納付金分 | 総額      |
| ①甲種組合員 | 31,000円      | 6,000円    | 37,000円 | 8,500円 | 45,500円 |
| ②乙種組合員 | 12,000円      | 5,000円    | 17,000円 | 5,500円 | 22,500円 |
| ③家族    | 10,000円      | 5,000円    | 15,000円 | 5,500円 | 20,500円 |

| 月末に資格がある場合に、1ヶ月分の保険料が必要です（日割り計算はありません） |            |   |   |
|--|------------|---|---|
| 例                                      | 月末に資格を取得   | 1ヶ月分の保険料が必要                                 | 保険料徴収が間に合わない場合、翌月に加算調整                    |
|  | 月末以前に資格を喪失 | その月の保険料は不要<br>※ ただし、次に加入される健康保険で1ヶ月分の保険料が必要 | 保険料変更が間に合わない場合、または既に徴収済みの場合、翌月に減算調整、または返金 |

### ▶▶▶ 75歳以上の「被保険者でない組合員」（後期高齢者組合員）◀◀◀

|        | 金額     | 徴収区分  | 免除   |
|--------|--------|-------|--|
| ④甲種組合員 | 1,000円 | 後期高齢者 | ・後期高齢者組合員に該当する日以前に組合員資格を通算10年以上有する場合は、後期高齢者組合員分保険料を免除。 |
| ⑤乙種組合員 | 1,000円 | 組合員分  | ・上記に該当しない場合でも、組合員の家族がいる場合、後期高齢者組合員分保険料を免除。             |

「被保険者でない組合員」として組合員資格を継続する場合、75歳の誕生日の属する月から後期高齢者組合員分保険料を本組合に納付していただきます。ただし、広域連合には被保険者として、別途、保険料納付が必要です。

## 2 軽減措置

|          |   |   |
|----------|---|---|
| 未就学児世帯支援 | 未就学児に係る子育て世帯の経済的負担の軽減措置として、11月30日時点で未就学児がいる組合員に対し、当該未就学児の人数に応じた額を保険料として還付します。<br>(1人当たり12,000円)<br>対象甲種組合員に12月頃、申請書を送付します。                      |  |
| 産前産後世帯支援 | ・産前産後に係る子育て世帯の経済的負担の軽減措置として、4ヶ月分（多胎の場合、6ヶ月分）の保険料を還付します。<br>・被保険者が出産した場合、申請書を送付します。<br>・対象となる出産は、妊娠85日以上の分娩をいい、死産、流産（人工妊娠中絶を含む）及び、早産の場合も対象となります。 |  |

## 3 保険料証明書



本組合の保険料は所得税法第74条の規定により、総所得金額から「社会保険料控除」として控除されます。

この証明書は、1月中旬に都市医師会経由で送付します。

5

## 資格情報のお知らせ・資格確認書

新規取得、氏名変更、住所変更等の届出を本組合で受理後、関連機関へ「マイナ保険証の有無」の確認を行い、下表のいずれかを発行します。

※マイナンバーカードの取得・返納、マイナ保険証の解除等を行った場合、タイムラグによって異なる証が発行されることがあります。その際は、お手数ですが、医師国保にご連絡頂きますよう、お願ひいたします。

|      | マイナ保険証が<br>有る   | マイナ保険証が<br>無い  |
|------|---|--|
| 交付書類 | 資格情報のお知らせ<br>(資格情報通知書)  | 資格確認書  |
| 形態   | A4 サイズ (紙)  | はがき型(約 13 × 9cm) (厚紙)  |
| 備考   | <p>受診時、機器支障によりマイナ保険証の読みきれない場合は、マイナ保険証と本通知書の提示で受診可能です。</p> <p>(注意)<br/>制度上、マイナ保険証をお持ちの場合は、右表の【資格確認書】を発行できません</p> | <p>高額医療となるときは、限度額認定区分を記載するために、本紙掲載の様式4「資格確認書交付申請書」にて、「任意記載事項を希望する」と記した申請が必要です。</p> <p>※従来の「限度額認定証」(紙証)は、令和7年7月31日で廃止</p> |
| 再交付  |   | 本紙掲載の、様式4「資格確認書交付申請書」で申請   |

下表の場合、「資格確認書」を発行します。

|        | マイナ保険証の利用解除<br>(マイナンバーカード自体は保有のまま)   | マイナンバーカードを国に返納   |
|--------|--|--|
| 手続き先   | 医師国保   | 市役所  |
| 手続きの流れ | <p>①「マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書」を医師国保に提出<br/>※申請書が必要な方は、医師国保にご連絡願います</p> <p>②医師国保で申請書の受理後、1週間ほどで「資格確認書」を所属機関宛てに送付</p> | <p>①市役所にてカード返納手続き後、関連機関より、返納者があったことが医師国保に通知されます</p> <p>②本組合で通知内容を確認後、1週間ほどで「資格確認書」を所属機関宛てに送付</p> |

### ■毎年8月1日更新■

マイナ保険証保有の有無を本組合が確認し、8月1日より1年間有効の「資格確認書」又は「資格情報のお知らせ(資格情報通知書)」を7月下旬ごろ、加入者全員に一斉発行します。

マイナンバーカードを保険証として利用するためには、ご自身で利用登録が必要です。  
詳しくは、厚生労働省ホームページにて「マイナンバーカード 保険証利用」で、ご検索ください。

マイナ保険証を  
つくるには

STEP 1. マイナンバーカードを申請・作成する  
STEP 2. マイナンバーカードの健康保険証利用を申請・登録する  
STEP 3. 医療機関・薬局でマイナンバーカードを用いて受付をする

|                           |                              |  |
|---------------------------|------------------------------|--|
| マイナ<br>保険証<br>5つの<br>メリット | 1. データに基づくより良い医療提供           | 過去に処方された薬や特定健診などの情報を医師・薬剤師に共有することができるため、より良い医療に繋がります。  |
|                           | 2. 高額療養費の限度額を超える支払いが免除       | 高額医療となる場合でも、限度額を超える分を支払う必要がありません。  |
|                           | 3. 救急現場で搬送中の応急処置や、搬送先の選定等に活用 | 救急車を要請する場合でも、救急搬送中のより適切な処置や円滑な病院の選定のためにマイナ保険証が活用され、搬送先の病院でも活用されます。   |
|                           | 4. マイナポータルで確定申告時に医療費控除が簡単    | マイナポータルからe-Taxに連携し、確定申告時の医療費控除申請が可能です。   |
|                           | 5. 医療現場で働く人の負担を軽減            | 薬や特定健診などの情報を医師・薬剤師にスムーズに共有することができ、業務効率化が図れます。保険資格の情報確認でも、マイナバーカードと顔認証付きカードリーダーにより資格情報を自動取得することで、事務職員の負担が軽減され、自動化による誤記リスクも減らすことが可能です。 |

| こんなときに  | 給付内容   |  | 名称           |
|---|--|--|--------------|
| 医療機関にかかるとき  | ①義務教育就学前 : 2割負担<br>②義務教育就学後～69歳 : 3割負担<br>③70～74歳<br>・現役並み所得者 : 3割負担<br>・現役並み所得者以外 : 2割負担                                  |  | 療養の給付        |
| 下記のいずれかに該当する場合、申請書等をお送りしますので、ご連絡ください。   |  |  |              |
| 入院したときの食事代  | 療養にかかる医療費とは別枠で、入院時の食事代は定額自己負担<br>※ 住民税非課税世帯者は食事代が減額されるので、ご連絡ください   |   | 入院時<br>食事療養費 |
| 組合員が入院したとき<br>(家族は対象外)  | 組合員が疾病又は傷病のため引き続き10日を超えて休職をしたとき、11日目から起算して最高180日間、1日につき、<br>①甲種組合員 : 6,000円<br>②乙種組合員 : 3,000円 を支給<br>※ ただし、過去に支給を受けた者は対象外 |   | 傷病手当金        |
| ・コルセット等の治療用装具の作成<br>・はり・きゅう・マッサージの施術<br>・やむを得ず自費扱いのとき<br>・海外渡航中に、やむを得ず医療機関にかかったとき | 治療費の全額を支払い、後日当組合に申請することにより<br>払い戻し（自己負担分を差し引いた保険給付分を支給）<br>受けができる  | <br>   | 療養費          |
| 医療費の自己負担が高額になったとき<br>(高額医療)   | 保険医療機関で1ヶ月に支払った一部負担金が、所得区分に<br>応じた自己負担限度額を超えた場合に支給   |    | 高額療養費        |
|   | ①マイナ保険証<br>有り  | オンライン資格確認により、支払いを自己負担限度額までにとどめ<br>ることができます。（手続き不要）   |              |
|   | ②マイナ保険証<br>無し  | 「資格確認書」に、限度額認定区分を「任意記載事項」として表記<br>することで、支払いを自己負担限度額までにとどめることができます。<br>→ 本紙掲載の様式第4号「資格確認書交付申請書」にて「任意<br>記載事項を希望する」にチェックを入れて申請。<br>→ 本組合で申請書の受理後、限度額を追記した「資格確認書」<br>を発行。<br>※ それまでの「資格確認書」は回収となります。<br>※ 一旦、本申請を行った場合、「任意記載事項を希望しない」<br>として再申請するまで、「資格確認書」の年更新時も、自動的に区分を記載し続けます。 |              |
| 医師の指示で医療機関に<br>移送されたとき  | 医師の指示により一時的、緊急的な必要性があって<br>移送された場合の費用を組合で負担  |   | 移送費          |
| 出産したとき  | 被保険者の出産に対し、1子につき50万円を支給  |   | 出産育児<br>一時金  |
| 死亡したとき  | 甲種組合員（医師）……………20万円を支給<br>乙種組合員 および 家族 …… 10万円を支給   |   | 葬祭費          |

## 自家診療の給付制限

本組合では、組合規約第13条により**自家診療については給付を認めないと**定めています。

下記のいずれかに該当する**自家診療該当レセプト**は、規約により返戻いたします。【**保険給付をしません**】

- ①医科レセプト、及び、それに伴う調剤レセプト
- ②自家診療により交付された「診断書」、「同意書」、「証明書」による療養費

|  |   |                      |
|--|---|----------------------|
| <div style="text-align: center; background-color: #e69138; color: white; padding: 5px; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 10px;"></div> <p style="font-size: 0.9em; margin: 0;">自家診療<br/>の例</p> <p style="color: #c00000; font-size: 1.2em; margin: 0;">給付を<br/>認めません</p> | <p>甲種組合員が自己の病院又は診療所で行う本人（甲種組合員）及びその世帯に属する被保険者（甲種組合員の家族）並びに、当該施設に勤務する乙種組合員の診療</p> <p style="text-align: center;">※ 自家診療が認められるのは、乙種組合員の家族のみ</p> |                      |
|  | <p>2人以上の甲種組合員の先生が、同一の医療機関において医業を行っている場合、甲種組合員本人及びそれら甲種組合員の家族及び乙種組合員の診療</p>  |                      |
|  | <p>医業を行う医療機関は異にしているが、親子、夫婦の診療</p>   |                      |
|  | <p>後期高齢者組合員の医療機関で、本組合に加入する家族・従業員の診療</p>   |                      |
|  | <p>特に社会通念上、<br/>認められないもの</p>  | <p>休日夜間の急な発熱</p>     |
|  |   | <p>経過観察レベルの簡易な診療</p> |
|  |   | <p>通院がつらい（遠い、面倒）</p> |

詳しくは、諸規程集「自家診療承認に関する内規」をご覧頂き、  
自家診療に該当するかどうかの判断が難しい場合、事前にご相談ください。

「特別の事由」により、自家診療の承認について申請をする場合は、「自家診療承認申請書」等を提出していただき、理事会で協議いたします。

特別の事由の一例

離島・僻地等で自己の医療機関以外に、他に受診できる医療機関がない

自家診療行為そのものを規制するものではなく、  
診療報酬の請求を自粛していただくものです。

本組合の健全な事業運営にご理解ご協力をお願いします。



### 山口県医師国民健康保険組合 規約13条

組合員が、自己の病院または診療所で行う本人およびその世帯に属する被保険者ならびに当該施設に勤務する乙種組合員の診療については、特別の事由ある者として理事会の議決を経て承認したもののほか、療養の給付を行わない。

| 種類  | 対象  | 内容  |
|---|---|---|
| ①健康診断   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・被保険者である甲種組合員</li> <li>・その配偶者及び乙種組合員</li> </ul> <p>[実施期間] 6月～12月</p> <p>5月に都市医師会を通じて募集</p> <p>[対象外となる健診]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険請求できない項目</li> <li>・市町が助成する健診</li> </ul> | <p>[助成限度額]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・甲種組合員とその配偶者 : 3万5千円</li> <li>・乙種組合員 : 2万5千円</li> <li>・乙種組合員の配偶者 : 1万円</li> </ul> <p>・75歳以上の「被保険者でない組合員」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・甲種組合員 : 2万5千円</li> <li>・乙種組合員 : 1万5千円</li> </ul>                   |
| <p><b>40歳以上の被保険者は、</b></p> <p><b>①健康診断</b></p> <p><b>②特定健康診査</b></p> <p><b>のどちらかを受診してください</b></p> |   |   |
| ②特定健康診査・<br>特定保健指導  | <p>本年4月1日現在、本組合員の被保険者であり、<br/>当該年度中に40～75歳となる者</p> <p>4月末に本組合から直接、医療機関宛てに資料を送付</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自家健診が可能</li> <li>・自己健診は不可</li> </ul>   | <p>[特定健康診査]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本組合が契約する山口県医師会員の医療機関<br/>で12月までに受診してください</li> </ul> <p>[特定保健指導]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診結果により保健指導の必要な被保険者には、「利用券」を送付します。</li> <li>・本組合が契約する山口県医師会員の医療機関<br/>にて、翌年3月までに保健指導を開始してください。</li> </ul> |
| ③学びながらの<br>ウォーキング<br>大会   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・全被保険者・後期組合員が参加可能</li> <li>・教養講座とウォーキング大会</li> <li>・11月頃に開催予定</li> </ul>   | <p>都市医師会を通じて<br/>参加者を募集します</p>   |
| ④医療費通知  | 該当組合員に年1回「医療費通知」発行  | 2月中旬に送付   |
| ⑤ジェネリック<br>差額通知   | 該当被保険者に年1回「ジェネリック差額通知」発行  | 12月中旬に送付  |
| ⑥死亡見舞金<br>の支給   | 後期高齢者組合員が死亡: 10万円支給   |   |
| ⑦その他  | 健康教育に関するテキストの送付   |   |

健康診断や特定健診等の保健事業について、レセプト・健診情報等のデータ分析により、効果的、効率的に実施するための事業計画として「データヘルス計画」を策定し、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上に努めることなどを目標としています。データヘルス計画等の詳細は、巻末ページに記載しています。

## ① 必ず届出

交通事故等、他人の行為が原因でケガなどをして治療を受けるときは、すぐに警察に届けると同時に、速やかに本組合への届け出をしてください。

組合から、第三者の行為による被害届等を送付いたします。



## ② 医療費は加害者が負担

この場合にかかった医療費は、被害者に過失のないかぎり、加害者が全額負担するのが原則となっています。医師国保の保険を使って治療をした場合、**加害者が負担すべき医療費を本組合が一時立て替えて支払います。**その後、組合から加害者に請求（求償）いたします。

交通事故以外の  
第三者行為に  
該当する事例

- ・他人のペットなどによるケガ
- ・不当な暴力や傷害行為によるケガ
- ・スキー・スノーボードなどの接触事故
- ・購入食品や飲食店などの食中毒
- ・他者所有の建物での設備の欠陥などによる事故 等

第三者行為の  
注意点

## ● 組合に連絡なく保険診療されるケースがあります。

その結果、加害者（第三者）への請求手続きが遅れることにより、当該医療費の一部しか請求できない事例が発生していますので、直ちに組合までご連絡ください。

## ● 交通事故等の第三者行為に係る示談について

示談が成立すると、その示談内容が優先され、組合が立て替えた医療費を加害者（第三者）に請求できなくなる場合がありますので、示談は慎重に行ってください。

また、示談をする場合は事前に組合にご連絡をお願いします。

## ● 業務上の負傷

労災保険対象となる場合、健康保険を使用して治療が受けられないことがあります。



# 整骨院・接骨院（柔道整復師）の正しいかかり方

柔道整復師による施術は、健康保険の対象になる場合とならない場合がありますので、施術を受ける前にきちんと確認して正しく施術を受けることが大切です。

健康保険の対象となる場合

急性などの外傷性の骨折、脱臼、打撲、捻挫及び挫傷（肉離れ）

※ 骨折及び脱臼については、緊急を除き、あらかじめ医師の同意を得ることが必要です



健康保険の対象となる場合

- ・単なる（疲労性・慢性的な要因からくる）肩こりや筋肉疲労
- ・脳疾患後遺症などの慢性病
- ・病気（神経痛、リウマチ、五十肩、関節炎、ヘルニア等）による痛み・こり
- ・労災保険の対象となる仕事中や通勤途上での負傷



## ① 負傷の原因を正確に伝えましょう。

外傷性の負傷でない場合は、全額自己負担となります。

また、交通事故に該当する場合は、本組合に届出をお願いします。

☞ 前ページの第三者行為の届出が必要です



施術を受けるとの注意

## ② 病院での治療と重複はできません。

同一の負傷について、同時期に整形外科の治療と柔道整復師の施術を重複して受けた場合は、原則として柔道整復師の施術は全額自己負担となります。

## ③ 施術が長期にわたる場合は医師の診断を受けてください。

施術が長期にわたる場合は、内科的要因も考えられますので、医師の診断を受けましょう。

## ④ 療養費支給申請書は必ず自分で署名（サイン）してください。

療養費支給申請書は、施術を受けた方が柔道整復師に組合への請求を委任するものです。負傷原因、傷病名、日数、金額をよく確認して、必ずご自身で署名（サイン）してください。

自分でサイン



## ⑤ 領収書は必ずもらいましょう。

領収書は原則無料で発行されますので、必ずもらって保管しておき、本組合から送付する「照会書」や「医療費通知」で施術日数や金額の確認をしましょう。

適正な施術を確認するために、療養費に関する調査を隨時おこなっておりますので、ご協力お願いいたします。



| 届出         |  | 提出書類                                | 備考                     | 様式番号     |
|------------|--|-------------------------------------|------------------------|----------|
| 被保険者に関するもの | 資格を取得                                      | ①被保険者 資格取得届                         |                        | 様式第 1 号  |
|            |  | ②世帯全員の住民票の写し                        | 単身世帯でも必ず「世帯全員」分必要      |          |
|            |  | ③同一住民票の家族の資格情報通知書(お知らせ)または資格確認書のコピー | 本組合加入者および75歳以上は不要      |          |
|            |  | ④別紙1～4のいずれか                         |                        | 下記※表参照   |
|            | 資格を喪失                                      | ①被保険者 資格喪失届                         |                        | 様式第 7 号  |
|            |  | ②別紙1～4のいずれか                         |                        | 下記※表参照   |
|            |  | ③資格情報通知書(お知らせ)または資格確認書              |                        |          |
|            |  | ※喪失証明書が必要な方は、喪失者の自宅または医療機関に送付します    |                        |          |
|            | 氏名が変更                                      | ①被保険者 氏名変更届                         |                        | 様式第 5 号  |
|            |  | ②世帯全員の住民票の写し                        | 単身世帯でも必ず「世帯全員」分必要      |          |
|            |  | ③同一住民票の家族の資格情報通知書(お知らせ)または資格確認書のコピー | 本組合加入者および75歳以上は不要      |          |
|            |  | ④別紙1～4のいずれか                         |                        | 下記※表参照   |
|            |  | ⑤資格情報通知書(お知らせ)または資格確認書              |                        |          |
| 医療機関に関するもの | 住所が変更                                      | ①組合員 住所変更届                          |                        | 様式第 9 号  |
|            |  | ②世帯全員の住民票の写し                        | 単身世帯でも必ず「世帯全員」分必要      |          |
|            |  | ③同一住民票の家族の資格情報通知書(お知らせ)または資格確認書のコピー | 本組合加入者および75歳以上は不要      |          |
|            |  | ④別紙1～4のいずれか                         |                        | 下記※表参照   |
|            |  | ⑤資格情報通知書(お知らせ)または資格確認書              |                        |          |
|            | 修学のため子供の住民票を移すとき                           | ①第116条該当・非該当届                       |                        | 様式第 12 号 |
|            |  | ②子供の住民票の写し                          |                        |          |
|            |  | ③在学証明書または学生証の写し                     |                        |          |
|            |  | ④別紙1～4のいずれか                         |                        | 下記※表参照   |
|            | 資格確認書の<br>1)任意記載事項(限度額認定区分)を希望<br>2)紛失・破損等 | ①資格確認書交付申請書                         |                        | 様式第 4 号  |
|            |  | ④別紙1,5のいずれか                         | 甲種組合員:別紙1<br>乙種組合員:別紙5 | 下記※表参照   |
|            | 機関住所が変更                                    | 医療機関 住所変更届                          |                        | 様式第 6 号  |
|            | 機関名称が変更                                    | 医療機関 名変更届                           |                        | 様式第 8 号  |

※  
別紙  
(5種類)

| 届出の対象者 | 甲種組合員が提出 | 社労士等が代理提出 | 乙種組合員が提出 |
|--------|----------|-----------|----------|
| 甲種組合員  | 別紙1      | 別紙3       |          |
| 乙種組合員  | 別紙2      | 別紙4       | 別紙5      |



# 届出用紙



**Q** なぜ、取得届等の添付書類として、「世帯全員の住民票」と「同一住民票の家族の資格情報通知書 または 資格確認書(写し)」を提出するのですか。

**A 国民健康保険法 第19条** により、同一世帯(同一住民票)で、医師国保と市町国保の混在は不可の為、同一世帯(同一住民票)に市町国保の加入者がいないか、確認するためです。

☞ 混在する場合、下記①～⑨のいずれかを、お願いすることとなります

| 医療機関                                       | 健康保険 (下記いずれの場合にも、「世帯全員の住民票」提出が必要)  | (年金) |
|--|--|------|
| (1) 法人事業所                                  | 常勤労働者 の場合  | 厚生年金 |
| (2) 強制適用事業所<br>(常勤従業員が5名以上)                | ①協会けんぽに加入<br><br>②世帯分離して、医師国保に加入 (家族は市町国保のまま)<br>※市役所にて、市町国保加入者との世帯分離手続きが必要<br>※分離後の、「世帯全員の住民票」が必要<br>※一般的に、同居でも経済的に分離した親子であれば世帯分離は認められますが、夫婦間・扶養の子は認められません(分離可否は、市役所が状況を鑑みて判断)<br><br>③家族は市町国保を脱退し、一緒に医師国保に加入 |      |
| (3) 任意適用事業所<br>(従業員が5名未満で<br>厚生年金加入の従業員あり) | パートタイム・短時間労働者・非常勤 の場合<br><br>④市町国保に加入<br><br>⑤世帯分離して、医師国保に加入 (家族は市町国保のまま)<br>※市役所にて、市町国保加入者との世帯分離手続きが必要<br>※分離後の、「世帯全員の住民票」が必要<br><br>⑥家族は市町国保を脱退し、一緒に医師国保に加入  | 国民年金 |
| ☞ ⑤⑥では<br>労働者名簿等、雇用形態の<br>わかる書類が必要         |  |      |
| (4) 個人事業所<br>(厚生年金加入の従業員なし)                | 常勤労働者・パートタイム・短時間労働者<br><br>⑦市町国保に加入<br><br>⑧世帯分離して、医師国保に加入 (家族は市町国保のまま)<br>※市役所にて、市町国保加入者との世帯分離手続きが必要<br>※分離後の、「世帯全員の住民票」が必要<br><br>⑨家族は市町国保を脱退し、一緒に医師国保に加入  |      |

| 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 | 令和 年 月 日               |  |  |
| ② 記号番号   | —         |         |           |                        |  |  |
| ④ 被保険者となる者   |           |         |           |                        |  |  |
| フリガナ<br>氏名   |           | 組合員との続柄 | 性別        | ⑤ 個人番号(マイナンバー)<br>生年月日 |  | ⑥ 取得理由   |
| (1) _____  |           | 男<br>女  |           | 元号<br>年 月 日            |  |  |
| (2) _____  |           | 男<br>女  |           | 元号<br>年 月 日            |  | 市町国保離脱<br><br>社会保険離脱   |
| (3) _____  |           | 男<br>女  |           | 元号<br>年 月 日            |  |  |
| (4) _____  |           | 男<br>女  |           | 元号<br>年 月 日            |  | 出生<br><br>生活保護廃止   |
| (5) _____  |           | 男<br>女  |           | 元号<br>年 月 日            |  |  |
| 上記のとおり必要書類を添えて届けます<br>年 月 日  |           |         |           |                        |  | ⑪ 記入上の注意<br>(申請者チェック欄)   |
| 山口県医師国民健康保険組合 様  |           |         |           |                        |  |  |
| ⑦ 組合員 〒 -<br>住 所 _____   |           |         |           |                        |  | <input type="checkbox"/> 押印<br><input type="checkbox"/> 乙種世帯の加入時は<br>⑦と⑨に乙種組合員、<br>⑩に甲種が記入   |
| 氏 名 _____ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 2px 10px; margin-left: 10px;">印</span>   |           |         |           |                        |  | <input type="checkbox"/> 世帯全員住民票の写し<br>(世帯の一部は不可)<br><input type="checkbox"/> 同一住民票の家族の<br>下記書類コピー <ul style="list-style-type: none"> <li>・資格情報のお知らせ</li> <li>・資格確認書 等</li> </ul> <p>※本組合加入者と<br/>後期高齢者は不要</p>   |
| 個人番号<br>(マイナンバー) <span style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; display: inline-block; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"></span> |           |         |           |                        |  |  |
| ⑧ 医療機関名  |           |         |           |                        |  |  |
| ■ 乙種組合員世帯の加入 ■   |           |         |           |                        |  |  |
| ⑨ [乙種組合員]は、本届出を⑩[甲種組合員(事業主)]に委任します   |           |         |           |                        |  | <input type="checkbox"/> ⑨ 乙種組合員 氏名 _____ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 2px 10px; margin-left: 10px;">印</span><br><input type="checkbox"/> ⑩ 代理人<br>甲種組合員 氏名<br>(事業主) _____ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 2px 10px; margin-left: 10px;">印</span> |
| 委<br>任<br>欄  |           |         |           |                        |  | <input type="checkbox"/> 組合員の区分により<br>別紙1~4のいずれか<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・甲種組合員 : 1</li> <li>・乙種組合員 : 2</li> </ul> <p>※提出を社労士等に<br/>委託する場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・甲種組合員 : 3</li> <li>・乙種組合員 : 4</li> </ul>  |

## 記入サンプル

### 甲種組合員が加入する場合

Aクリニックを開業する甲種(医師)が加入



子供も加入



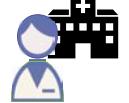
| 被保険者資格 取得届               |           |              |                        |
|--------------------------|-----------|--------------|------------------------|
| ① 加入区分                   | 新規加入・家族追加 | ③ 資格取得年月日    | 令和 年 月 日               |
| ② 記号番号                   | 記入不要      |              |                        |
| ④ 被保険者となる者               |           |              |                        |
| フリガナ<br>氏名               | 組合員との続柄   | 性別           | ⑤ 個人番号(マイナンバー)<br>生年月日 |
| (1) 甲種組合員                | 男         | 職業           | ⑥ 取得理由                 |
| フリガナ<br>氏名               | 女         | 市町国保離脱       | 社会保険離脱                 |
| (2) 甲種家族                 | 男         | 出生           | 生活保護廃止                 |
| フリガナ<br>氏名               | 女         | その他(国保組合離脱等) |                        |
| (3) 甲種家族                 | 男         |              |                        |
| フリガナ<br>氏名               | 女         |              |                        |
| (4) 甲種家族                 | 男         |              |                        |
| フリガナ<br>氏名               | 女         |              |                        |
| (5) 甲種家族                 | 男         |              |                        |
| フリガナ<br>氏名               | 女         |              |                        |
| 上記のとおり必要書類を添えて届けます 年 月 日 |           |              |                        |
| 山口県医師国民健康保険組合 様          |           |              |                        |
| ⑦ 組合員 住 所                | 印         |              |                        |
| 氏 名                      |           |              |                        |
| 個人番号<br>(マイナンバー)         |           |              |                        |
| ⑧ 医療機関名                  |           |              |                        |
| ■ 乙種組合員世帯の加入 ■           |           |              |                        |
| 記入不要                     |           |              |                        |
| 委任欄                      |           |              |                        |

いずれかを○で囲む

⑦の押印を確認

添付書類が必要

家族がB病院で勤務  
(病院で社保に加入)



同一住民票に記載された家族が加入する健康保険の種類を確認するため(住民票に記載されていない家族は不要)

別ページに掲載「別紙」で該当する、1～4のいずれかも必要

### 乙種組合員が加入する場合

乙種(従業員)が加入



子供も加入



乙種(従業員)の委任を受け  
甲種(医師)が提出



| 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    | 令和 年 月 日               |
| ② 記号番号                     | 記入不要      |              |                        |
| ④ 被保険者となる者                 |           |              |                        |
| フリガナ<br>氏名                 | 組合員との続柄   | 性別           | ⑤ 個人番号(マイナンバー)<br>生年月日 |
| (1) 乙種組合員                  | 男         | 職業           | ⑥ 取得理由                 |
| フリガナ<br>氏名                 | 女         | 市町国保離脱       | 社会保険離脱                 |
| (2) 乙種家族                   | 男         | 出生           | 生活保護廃止                 |
| フリガナ<br>氏名                 | 女         | その他(国保組合離脱等) |                        |
| (3) 乙種家族                   | 男         |              |                        |
| フリガナ<br>氏名                 | 女         |              |                        |
| (4) 乙種家族                   | 男         |              |                        |
| フリガナ<br>氏名                 | 女         |              |                        |
| (5) 乙種家族                   | 男         |              |                        |
| フリガナ<br>氏名                 | 女         |              |                        |
| 上記のとおり必要書類を添えて届けます 年 月 日   |           |              |                        |
| 山口県医師国民健康保険組合 様            |           |              |                        |
| ⑦ 組合員 住 所                  | 印         |              |                        |
| 氏 名                        |           |              |                        |
| 個人番号<br>(マイナンバー)           |           |              |                        |
| ⑧ 医療機関名                    |           |              |                        |
| ■ 乙種組合員世帯の加入 ■             |           |              |                        |
| ⑨ 乙種組合員 氏名                 | 印         |              |                        |
| ⑩ 代理人<br>甲種組合員 氏名<br>(事業主) | 印         |              |                        |
| 委任欄                        |           |              |                        |

いずれかを○で囲む

⑦⑨⑩の押印と  
それぞれの氏名等を記入  
[3ヶ所]

添付書類が必要

家族が会社員  
(会社で社保に加入)

同一住民票に記載された家族が加入する健康保険の種類を確認するため  
(住民票に記載されていない家族は不要)

別ページに掲載「別紙」で該当する、1～4のいずれかも必要

| 被保険者資格喪失届  |   |                  |   |   |                             |   |   |  |   |  |
|--|---|------------------|---|---|-----------------------------|---|---|--|---|--|
| ① 記号番号   | -   |                  | ② 資格喪失年月日   | 令和 年 月 日<br>喪失日の翌日を記載[記載日前日まで資格有効]<br>※ 退職の場合：退職日の翌日を記載 |                             |   |   |  |   |  |
| ③ 資格を喪失する者   |   |                  |   |   |                             |   |   |  |   |  |
| ④ 個人番号(マイナンバー)<br>氏名   |   | 組合員との続柄          | ⑤ 喪失理由  | 備考  |                             |   |   |  |   |  |
| (1)  |   |                  | 市町国保加入・社会保険加入・死亡<br>生活保護開始・その他(国保組合加入等)   |   |                             |   |   |  |   |  |
| (2)  |   |                  | 市町国保加入・社会保険加入・死亡<br>生活保護開始・その他(国保組合加入等)   |   |                             |   |   |  |   |  |
| (3)  |   |                  | 市町国保加入・社会保険加入・死亡<br>生活保護開始・その他(国保組合加入等)   |   |                             |   |   |  |   |  |
| (4)  |   |                  | 市町国保加入・社会保険加入・死亡<br>生活保護開始・その他(国保組合加入等)   |   |                             |   |   |  |   |  |
| (5)  |   |                  | 市町国保加入・社会保険加入・死亡<br>生活保護開始・その他(国保組合加入等)   |   |                             |   |   |  |   |  |
| ⑥ 喪失証明書(必要な場合のみ)   |   | 送付先〔喪失者の自宅・医療機関〕 |   |   |                             |   |   |  |   |  |
| 上記のとおり必要書類を添えて届けます<br>年 月 日<br>山口県医師国民健康保険組合 様   |   |                  | ⑪ 記入上の注意<br>(申請者チェック欄) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 押印</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 乙種世帯の喪失時は<br/>⑦と⑨に乙種組合員、<br/>⑩に甲種が記入</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 添付書類<br/>□ 下記書類(返却)<br/>・資格情報のお知らせ<br/>・資格確認書</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 組合員の区分により<br/>別紙1~4のいずれか<br/>・甲種組合員：1<br/>・乙種組合員：2<br/>※提出を社労士等に<br/>委託する場合<br/>・甲種組合員：3<br/>・乙種組合員：4</td> </tr> </table> |   | <input type="checkbox"/> 押印 | <input type="checkbox"/> 乙種世帯の喪失時は<br>⑦と⑨に乙種組合員、<br>⑩に甲種が記入 | <input type="checkbox"/> 添付書類<br>□ 下記書類(返却)<br>・資格情報のお知らせ<br>・資格確認書 |  | <input type="checkbox"/> 組合員の区分により<br>別紙1~4のいずれか<br>・甲種組合員：1<br>・乙種組合員：2<br>※提出を社労士等に<br>委託する場合<br>・甲種組合員：3<br>・乙種組合員：4 |  |
| <input type="checkbox"/> 押印  | <input type="checkbox"/> 乙種世帯の喪失時は<br>⑦と⑨に乙種組合員、<br>⑩に甲種が記入 |                  |   |   |                             |   |   |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> 添付書類<br>□ 下記書類(返却)<br>・資格情報のお知らせ<br>・資格確認書  |   |                  |   |   |                             |   |   |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> 組合員の区分により<br>別紙1~4のいずれか<br>・甲種組合員：1<br>・乙種組合員：2<br>※提出を社労士等に<br>委託する場合<br>・甲種組合員：3<br>・乙種組合員：4  |   |                  |   |   |                             |   |   |  |   |  |
| ⑦ 組合員<br>住 所 _____<br><br>氏 名 _____ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px; float: right;">印</span><br><br>個人番号<br>(マイナンバー) <span style="border: 1px solid black; border-radius: 5px; padding: 2px 10px; display: inline-block;">  </span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 5px; padding: 2px 10px; display: inline-block;">  </span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 5px; padding: 2px 10px; display: inline-block;">  </span> |   |                  |   |   |                             |   |   |  |   |  |
| ⑧ 医療機関名<br><br><b>■ 乙種組合員世帯の喪失 ■</b><br><br>⑨ [乙種組合員]は、本届出を⑩[甲種組合員(事業主)]に委任します<br><br>⑨ 乙種組合員 氏名 _____ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px; float: right;">印</span><br><br>⑩ 代理人<br>甲種組合員 氏名<br>(事業主) _____ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px; float: right;">印</span>   |   |                  |   |   |                             |   |   |  |   |  |
| 委任欄  |   |                  |   |   |                             |   |   |  |   |  |

## 記入サンプル

### 甲種組合員が喪失する場合

- ・資格情報のお知らせ
- ・資格確認書に記載の記号番号

### 甲種(医師)が喪失



組合員が資格喪失すると、家族も喪失



| 被保険者資格喪失届  |   |                                 |          |    |
|--|---|---------------------------------|----------|----|
| ① 記号番号   | ② 資格喪失年月日                                   | ③ 資格を喪失する者                      | 令和 年 月 日 |    |
| 一  | 喪失日の翌日を記載[記載日前日まで資格有効]<br>※退職の場合: 退職日の翌日を記載 | ④ 個人番号(マイナンバー)<br>氏名<br>組合員との続柄 | ⑤ 喪失理由   | 備考 |
| (1)  | 市町国保加入・社会保険加入・死亡<br>生活保護開始・その他(国保組合加入等)     |                                 |          |    |
| (2)  | 市町国保加入・社会保険加入・死亡<br>生活保護開始・その他(国保組合加入等)     |                                 |          |    |
| (3)  | 市町国保加入・社会保険加入・死亡<br>生活保護開始・その他(国保組合加入等)     |                                 |          |    |
| (4)  | 市町国保加入・社会保険加入・死亡<br>生活保護開始・その他(国保組合加入等)     |                                 |          |    |
| (5)  | 市町国保加入・社会保険加入・死亡<br>生活保護開始・その他(国保組合加入等)     |                                 |          |    |
| ⑥ 喪失証明書(必要な場合のみ) 送付先 [喪失者の自宅・医療機関]   |   |                                 |          |    |
| <p>上記のとおり必要書類を添えて届けます</p> <p>山口県医師国民健康保険組合様</p> <p>年 月 日</p> <p>⑦ 組合員<br/>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>個人番号<br/>(マイナンバー)</p> <p>⑧ 医療機関名</p> <p>■ 乙種組合員世帯の喪失 ■</p> <p>記入不要</p> <p>委任欄</p>  |   |                                 |          |    |
| <p>⑪ 記入上の注意<br/>(申請者チェック欄)</p> <p><input type="checkbox"/> 押印</p> <p><input type="checkbox"/> 乙種世帯の喪失時は<br/>⑦と⑨に乙種組合員、<br/>⑩に甲種が記入</p> <p><input type="checkbox"/> 添付書類</p> <p><input type="checkbox"/> 下記書類(返却)<br/>・資格情報のお知らせ<br/>・資格確認書</p> <p><input type="checkbox"/> 組合員の区分により<br/>別紙1~4のいずれか<br/>・甲種組合員: 1<br/>・乙種組合員: 2<br/>※提出を社労士等に<br/>委託する場合<br/>・甲種組合員: 3<br/>・乙種組合員: 4</p> |   |                                 |          |    |

### [記載日に注意]

資格が"●年3月31日"までとなる場合、喪失日は"●年4月1日"

次に加入する健康保険のために「喪失証明書」が必要な場合、送付先を選択

### ⑦の押印を確認

添付書類が必要

返却が必要

別ページに掲載「別紙」で該当する、1~4のいずれかも必要

### 乙種組合員が喪失する場合

- ・資格情報のお知らせ
- ・資格確認書に記載の記号番号

### 乙種が退職により喪失



組合員が資格喪失すると、家族も喪失



乙種(従業員)の委任を受け  
甲種(医師)が提出



| 被保険者資格喪失届  |   |                                 |          |    |
|--|---|---------------------------------|----------|----|
| ① 記号番号   | ② 資格喪失年月日                                   | ③ 資格を喪失する者                      | 令和 年 月 日 |    |
| 一  | 喪失日の翌日を記載[記載日前日まで資格有効]<br>※退職の場合: 退職日の翌日を記載 | ④ 個人番号(マイナンバー)<br>氏名<br>組合員との続柄 | ⑤ 喪失理由   | 備考 |
| (1)  | 市町国保加入・社会保険加入・死亡<br>生活保護開始・その他(国保組合加入等)     |                                 |          |    |
| (2)  | 市町国保加入・社会保険加入・死亡<br>生活保護開始・その他(国保組合加入等)     |                                 |          |    |
| (3)  | 市町国保加入・社会保険加入・死亡<br>生活保護開始・その他(国保組合加入等)     |                                 |          |    |
| (4)  | 市町国保加入・社会保険加入・死亡<br>生活保護開始・その他(国保組合加入等)     |                                 |          |    |
| (5)  | 市町国保加入・社会保険加入・死亡<br>生活保護開始・その他(国保組合加入等)     |                                 |          |    |
| ⑥ 喪失証明書(必要な場合のみ) 送付先 [喪失者の自宅・医療機関]   |   |                                 |          |    |
| <p>上記のとおり必要書類を添えて届けます</p> <p>山口県医師国民健康保険組合様</p> <p>年 月 日</p> <p>⑦ 組合員<br/>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>個人番号<br/>(マイナンバー)</p> <p>⑧ 医療機関名</p> <p>■ 乙種組合員世帯の喪失 ■</p> <p>⑩ 乙種組合員 氏名<br/>⑪ 代理人<br/>甲種組合員 氏名<br/>(事業主)</p> <p>委任欄</p>   |   |                                 |          |    |
| <p>⑪ 記入上の注意<br/>(申請者チェック欄)</p> <p><input type="checkbox"/> 押印</p> <p><input type="checkbox"/> 乙種世帯の喪失時は<br/>⑦と⑨に乙種組合員、<br/>⑩に甲種が記入</p> <p><input type="checkbox"/> 添付書類</p> <p><input type="checkbox"/> 下記書類(返却)<br/>・資格情報のお知らせ<br/>・資格確認書</p> <p><input type="checkbox"/> 組合員の区分により<br/>別紙1~4のいずれか<br/>・甲種組合員: 1<br/>・乙種組合員: 2<br/>※提出を社労士等に<br/>委託する場合<br/>・甲種組合員: 3<br/>・乙種組合員: 4</p> |   |                                 |          |    |

### [記載日に注意]

退職日が"●年3月31日"の場合、喪失日は"●年4月1日"  
※退職日以降も加入し続けることはできません。  
※協会けんぽ等の「継続加入」制度はありません

### いずれかを○で囲む

次に加入する健康保険のために「喪失証明書」が必要な場合、送付先を選択

⑦⑨⑩の押印と  
それぞれの氏名等を  
記入[3ヶ所]

添付書類が必要

返却が必要

別ページに掲載「別紙」で該当する、1~4のいずれかも必要

被保險者 氏名變更届

# 被保険者 氏名変更届

|                |        |     |     |     |     |     |
|----------------|--------|-----|-----|-----|-----|-----|
| ① 記号番号         |        |     |     |     |     |     |
| ② 個人番号(マイナンバー) | ---    | --- | --- | --- | --- | --- |
| ③ 変更前の被保険者氏名   |        |     |     |     |     |     |
| ④ 変更後の被保険者氏名   | ⑥ フリガナ |     |     |     |     |     |
|                |        |     |     |     |     |     |
| ⑤ 変更年月日        | 年      | 月   | 日   |     |     |     |

上記のとおり必要書類を添えて届けます

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  
(マイナンバー)

\_\_\_\_\_

⑧ 医療機関名

## ■ 乙種組合員世帯の変更 ■

⑨ [乙種組合員]は、本届出を⑩[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

(事業主)

印

委任欄

⑪ 記入上の注意  
(申請者チェック欄)

押印

乙種世帯の変更時は  
⑦と⑨に乙種組合員、  
⑩に甲種が記入

添付書類  世帯全員住民票の写し  
(世帯の一部は不可)

同一住民票の家族の  
下記書類コピー  
・資格情報のお知らせ  
・資格確認書 等  
※本組合加入者と  
後期高齢者は不要

組合員の区分により  
別紙1~4のいずれか  
・甲種組合員：1  
・乙種組合員：2

※提出を社労士等に  
委託する場合  
・甲種組合員：3  
・乙種組合員：4

下記書類(返却)  
・資格確認書

| 組合員 住所変更届   |   |                    |  |  |  |  |
|---|---|--------------------|--|--|--|--|
| ① 記号番号  |   | ② 個人番号<br>(マイナンバー) |  |  |  |  |
|   |   | ③ 氏名               |  |  |  |  |
| ④ 変更前の住所  |   |                    |  |  |  |  |
| ⑤ 変更後の住所  | 〒_____  |                    |  |  |  |  |
| ⑥ 変更年月日   | 年 月 日   |                    |  |  |  |  |
| 上記のとおり必要書類を添えて届けます<br>年 月 日<br>山口県医師国民健康保険組合 様  |   |                    |  |  |  |  |
| ⑦ 組合員 〒 -<br>住 所 _____<br><br>氏 名 _____ 印   |   |                    |  |  |  |  |
| 個人番号<br>(マイナンバー) _____  |   |                    |  |  |  |  |
| ⑧ 医療機関名   |   |                    |  |  |  |  |
| ■ 乙種組合員世帯の変更 ■  |   |                    |  |  |  |  |
| 委<br>任<br>欄   | ⑨ [乙種組合員]は、本届出を⑩ [甲種組合員(事業主)]に委任します<br><br>⑨ 乙種組合員 氏名 _____ 印 |                    |  |  |  |  |
|   | ⑩ 代理人<br>甲種組合員 氏名<br>(事業主) _____ 印                            |                    |  |  |  |  |
|   |   |                    |  |  |  |  |
| ⑪ 記入上の注意<br>(申請者チェック欄)  |   |                    |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 押印<br><br><input type="checkbox"/> 乙種世帯の変更時は<br>⑦と⑨に乙種組合員、<br>⑩に甲種が記入                          |   |                    |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 世帯全員住民票の写し<br>(世帯の一部は不可)   |   |                    |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 同一住民票の家族の<br>下記書類コピー<br>・資格情報のお知らせ<br>・資格確認書 等<br>※本組合加入者と<br>後期高齢者は不要                         |   |                    |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 組合員の区分により<br>別紙1~4のいづれか<br>・甲種組合員：1<br>・乙種組合員：2<br>※提出を社労士等に<br>委託する場合<br>・甲種組合員：3<br>・乙種組合員：4 |   |                    |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 下記書類(返却)<br>・資格確認書   |   |                    |  |  |  |  |

## 国民健康保険法第116条 該当・非該当届

|  |                                   |                   |   |   |   |   |  |
|--|-----------------------------------|-------------------|---|---|---|---|--|
| ① 記号番号   | —                                 | ② 個人番号<br>(マケンバー) | — | — | — | — |  |
|  |                                   | ③ 氏名              |   |   |   |   |  |
| ④ 住 所  | 〒 —                               |                   |   |   |   |   |  |
| ⑤ 該当(非該当)<br>年 月 日   |                                   |                   |   |   |   |   |  |
| ⑥ 学 校  | 名 称                               |                   |   |   |   |   |  |
|  | 所在地                               |                   |   |   |   |   |  |
|  | 修学年限                              | 在学年               |   |   |   |   |  |
| 上記のとおり必要書類を添えて届けます   |                                   | 年                 | 月 | 日 |   |   |  |
| 山口県医師国民健康保険組合 様  |                                   |                   |   |   |   |   |  |
| ⑦ 組合員<br>住 所   | 〒 —                               |                   |   |   |   |   |  |
| 氏 名  | 印                                 |                   |   |   |   |   |  |
| 個人番号<br>(マケンバー)  | —                                 | —                 | — | — | — | — |  |
| ⑧ 医療機関名  |                                   |                   |   |   |   |   |  |
| <b>■ 乙種組合員世帯の届出 ■</b>  |                                   |                   |   |   |   |   |  |
| 委任欄  | ⑨[乙種組合員]は、本届出を⑩[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<br>甲種組合員 氏名<br>(事業主)        | 印                 |   |   |   |   |  |
| <p>⑪ 記入上の注意<br/>(申請者チェック欄)</p> <p><input type="checkbox"/> 押印</p> <p><input type="checkbox"/> 乙種世帯の届出時は<br/>⑦と⑨に乙種組合員、<br/>⑩に甲種が記入</p> <p><b>添付書類</b></p> <p><input type="checkbox"/> ③の世帯全員の<br/>住民票の写し<br/>(世帯の一部は不可)</p> <p><input type="checkbox"/> 在学証明書<br/>(該当届提出時)</p> <p><input type="checkbox"/> 組合員の区分により<br/>別紙1~4のいずれか<br/>・甲種組合員：1<br/>・乙種組合員：2<br/>※提出を社労士等に<br/>委託する場合<br/>・甲種組合員：3<br/>・乙種組合員：4</p> |                                   |                   |   |   |   |   |  |

## 国民健康保険 資格確認書 交付申請書

山口県医師国民健康保険組合 理事長殿

申請日 令和 年 月 日

|     |               |           |  |  |  |      |             |  |
|-----|---------------|-----------|--|--|--|------|-------------|--|
| 組合員 | 被保険者記号(5桁-2桁) | - - - - - |  |  |  |      |             |  |
|     | 氏名            |           |  |  |  | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 |  |
|     | 個人番号          |           |  |  |  | 電話番号 | - - -       |  |
| 住所  | 〒 -           |           |  |  |  |      |             |  |

以下の者について、資格確認書の交付を申請します。

|     |                                |  |  |  |  |            |  |  |
|-----|--------------------------------|--|--|--|--|------------|--|--|
| 本人  | <input type="checkbox"/> 組合員本人 |  |  |  |  | 申請         | <input type="checkbox"/> 1. 紛失   |  |
|     |                                |  |  |  |  | 理由         | <input type="checkbox"/> 2. カード返納<br><input type="checkbox"/> 3. 介助<br><input type="checkbox"/> 4. その他 ( ) |  |
|     |                                |  |  |  |  | 任意記載事項を    | <input type="checkbox"/> 希望する  |  |
|     |                                |  |  |  |  | (限度額認定区分等) | <input type="checkbox"/> 希望しない   |  |
| 家族1 | (フリガナ)                         |  |  |  |  | 申請         | <input type="checkbox"/> 1. 紛失   |  |
|     | 氏名                             | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |  |  |  | 理由         | <input type="checkbox"/> 2. カード返納<br><input type="checkbox"/> 3. 介助<br><input type="checkbox"/> 4. その他 ( ) |  |
|     | 個人番号                           |  |  |  |  | 任意記載事項を    | <input type="checkbox"/> 希望する  |  |
|     | 生年月日                           | 昭・平・令 年 月 日  |  |  |  | (限度額認定区分等) | <input type="checkbox"/> 希望しない   |  |
| 家族2 | (フリガナ)                         |  |  |  |  | 申請         | <input type="checkbox"/> 1. 紛失   |  |
|     | 氏名                             | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |  |  |  | 理由         | <input type="checkbox"/> 2. カード返納<br><input type="checkbox"/> 3. 介助<br><input type="checkbox"/> 4. その他 ( ) |  |
|     | 個人番号                           |  |  |  |  | 任意記載事項を    | <input type="checkbox"/> 希望する  |  |
|     | 生年月日                           | 昭・平・令 年 月 日  |  |  |  | (限度額認定区分等) | <input type="checkbox"/> 希望しない   |  |

## (注意事項)

※ マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードを取得しているが保険証利用登録をしていない方には申請によらず資格確認書が交付されるため、この申請は必要ありませんが、「任意記載事項(限度額認定区分)」の記載を希望する場合は、本申請が必要です。

※ 申請理由については、以下から当てはまるものを選択してください。

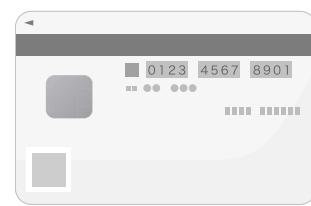
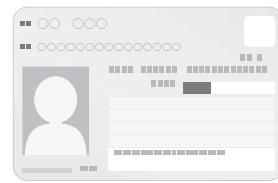
|          |  |
|----------|--|
| 1. 紛失    | マイナンバーカードまたは資格確認書の紛失   |
| 2. カード返納 | マイナンバーカードを返納   |
| 3. 介助    | 介助者等の第三者が高齢者又は障害者である被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である |
| 4. その他   | マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けれない事情等、具体的に記載                                  |

※ 任意記載事項については、「希望する」を申請いただければ、高額療養費の適用区分や特定疾病の自己負担限度額の区分等を記載した「資格確認書」を交付しますので、別途、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証等の交付を受ける必要はありません。

※ 申請受理後、「資格確認書」を交付し、原則として甲種組合員あてに送付します。

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

|              |  |
|--------------|--|
| 甲種組合員<br>氏 名 |  |
|--------------|--|

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>甲種組合員</b><br><br><b>番号確認</b> | <p><b>甲種組合員の</b> </p> <p>マイナンバーカード (マイナンバー記載面のコピー)<br/>または<br/>通知カード (コピー)</p> <p>マイナンバー面の貼り付け</p>     |
|                                 | <p><b>甲種組合員の</b> </p> <p>マイナンバーカード (顔写真がある面のコピー)<br/>または<br/>運転免許証 (コピー)<br/>または<br/>パスポート (コピー)</p> <p>顔写真面の貼り付け</p>    |

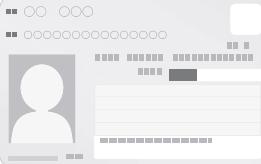
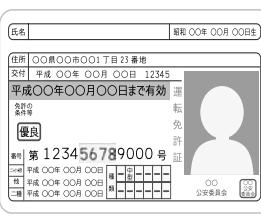
※いずれも無い場合は、下記のうち2枚を貼り付けてください

- ・資格確認書
- ・住民票(6ヶ月以内)
- ・戸籍謄本、戸籍抄本
- ・年金手帳 等

乙種組合員及びその家族 に関する届出を  
甲種組合員(代理人) が提出する場合

|             |  |
|-------------|--|
| 甲種組合員<br>氏名 |  |
|-------------|--|

|                                |   |   |
|--------------------------------|---|---|
| 乙<br>番種<br>号組<br>確合<br>認員<br>の | 乙種組合員(従業員)の<br><br>マイナンバーカード(マイナンバー記載面のコピー)<br>または<br>通知カード(コピー) |   |
|                                | マイナンバー面の貼り付け  |  |

|                                |  |   |
|--------------------------------|--|---|
| 甲<br>身種<br>元組<br>確合<br>認員<br>の | 甲種組合員(事業主)の<br><br>マイナンバーカード(顔写真がある面のコピー)<br>または<br>運転免許証(コピー)<br>または<br>パスポート(コピー) |  |
|                                | 顔写真面の貼り付け  |  |

※いずれも無い場合は、下記のうち2枚を貼り付けてください

- ・資格確認書
- ・住民票(6ヶ月以内)
- ・戸籍謄本、戸籍抄本
- ・年金手帳 等



甲種組合員及びその家族 に関する届出を  
代理人(社労士等) が提出する場合

私は、この届出の提出を、下記の者に委任します。

年 月 日

甲種組合員氏名

印

|                    |       |  |
|--------------------|-------|--|
| 代 理 人<br>(社労士事務所等) | 住 所   |  |
|                    | 名 称   |  |
|                    | 担当者氏名 |  |

甲種組合員(従業員)の



マイナンバーカード(マイナンバー記載面のコピー)  
または  
通知カード(コピー)

甲種組合員の番号確認

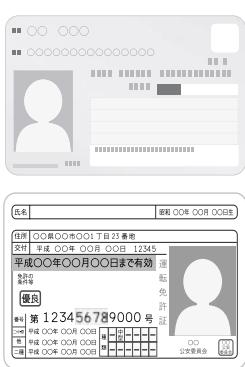



代理人(社労士等)の



マイナンバーカード(顔写真がある面のコピー)  
または  
運転免許証(コピー)  
または  
パスポート(コピー)

代理人(社労士等)の番号確認




乙種組合員及びその家族に関する届出を  
代理人(社労士等)が提出する場合

私は、この届出の提出を、下記の者に委任します。

年 月 日

甲種組合員氏名

印

|                  |       |  |
|------------------|-------|--|
| 代理人<br>(社労士事務所等) | 住 所   |  |
|                  | 名 称   |  |
|                  | 担当者氏名 |  |

乙種組合員号の確認

乙種組合員(従業員)の



マイナンバーカード(マイナンバー記載面のコピー)  
または  
通知カード(コピー)

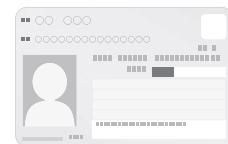


甲種組合員の確認

甲種組合員(事業主)の



マイナンバーカード(顔写真がある面のコピー)  
または  
運転免許証(コピー)  
または  
パスポート(コピー)



右の3枚を  
(重ねて)  
貼付けて  
下さい

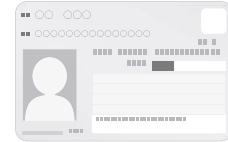
※いずれも無い場合は、下記のうち2枚を貼り付けてください  
・資格確認書  
・住民票(6ヶ月以内)  
・戸籍謄本、戸籍抄本  
・年金手帳 等

代理人(社労士等)の確認

代理人(社労士等)の



マイナンバーカード(顔写真がある面のコピー)  
または  
運転免許証(コピー)  
または  
パスポート(コピー)



乙種組合員及びその家族 に関する届出を  
乙種組合員 が提出する場合

乙種組合員  
氏 名

番号確認

乙種組合員の



マイナンバーカード(マイナンバー記載面のコピー)  
または  
通知カード(コピー)



マイナンバー面の貼り付け



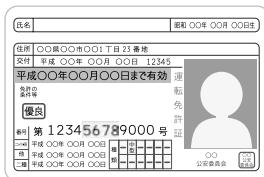
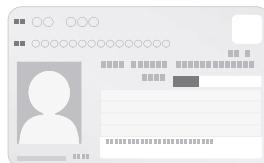
乙種組合員

身元確認

乙種組合員の



マイナンバーカード(顔写真がある面のコピー)  
または  
運転免許証(コピー)  
または  
パスポート(コピー)



顔写真面の貼り付け



※いずれも無い場合は、下記のうち2枚を貼り付けてください  
・資格確認書  
・住民票(6ヶ月以内)  
・戸籍謄本、戸籍抄本  
・年金手帳 等

## 医療機関住所 変更届

|          |         |
|----------|---------|
| ① 記号番号   |         |
| ② 変更前の住所 |         |
| ③ 変更後の住所 | 〒 _____ |

医療機関の住所の変更がありましたので、上記のとおり届けます

年 月 日

山口県医師国民健康保険組合 様

④ 医療機関住所 〒 \_\_\_\_\_

⑤ 医療機関名

⑥ 甲種組合員氏名

印

### 記入上の注意

- 住所に変更があった場合、国民健康保険法施行規則によって14日以内に届け出なければなりません。  
⑤「医療機関名」は正確に記入のこと。  
医療法人の場合、「医療法人〇〇会〇〇医院」等と詳細に記入のこと。

## 医療機関名 変更届

|                             |   |   |   |
|-----------------------------|---|---|---|
| ① 変更前の<br>医療機関名             |   |   |   |
| ② 変更後の<br>医療機関名             |   |   |   |
| ③ 医療機関名を<br>変更する日           | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関名の変更がありましたので、上記のとおり届けます |   |   |   |
| 年 月 日                       |   |   |   |
| 山口県医師国民健康保険組合 様             |   |   |   |
| ④ 医療機関住所 〒 _____            |   |   |   |
| ⑤ 医療機関名                     |   |   |   |
| ⑥ 甲種組合員氏名                   |   |   | 印 |

### 記入上の注意

- ②と⑤の「医療機関名」は正確に記入のこと。  
医療法人の場合、「医療法人〇〇会〇〇医院」等と詳細に記入のこと。

### 第3期データヘルス計画の概要

○「データヘルス計画」とは：本組合のレセプト・健診情報等のデータ分析に基づく、効果的・効率的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画である。

PDCA：Plan(計画) Do(実施) Check(評価) Action(改善)

○計画期間：令和6年度から11年度までの6年間

#### ○健康課題の抽出

①医療の状況分析において、循環器系疾患、内分泌系疾患や腎不全等が医療費に占める割合が高いことから、生活習慣病の早期発見・重症化予防が重要である。

また、乳がん、子宮筋腫など女性特有の疾病も多いことから、健診診断の任意項目として実施しているがん検診等の受診勧奨など、早期発見につながる対策が重要である。

②健診の状況分析において、高血圧該当者が多いことなどから、生活習慣病患者の重症化予防、予備群の早期発見が課題である。

また、健診受診者と未受診者において、医療費の差があることから、健診を受診することが医療費増を抑える一因となることも考えられるため、受診率の向上につながる取組が必要である。

更に、健診・治療のない被保険者は、重症化しているか、実態がわからないことから、健診の受診勧奨が重要である。

③生活習慣の状況分析から、食生活や運動習慣を見直す必要があると考えられ、そのために運動習慣の機会となるウォーキング大会への参加等、情報提供等を検討する。

また、保健指導は利用しないと回答したのは、医療従事者であることも考えられることから、特定保健指導の実施率向上のため、特に組合員の家族への利用勧奨等を検討する。

#### ○目的・目標の設定

##### ①中長期的な目標の設定

健診・医療情報の分析等から、医療費が高額となる虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全を減らしていくことを目標とする。

##### ②短期的な目標の設定

虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性腎不全のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

生活習慣病は、自覚症状がないため、まずは、健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要であるため、特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上に努める。

なお、特定健診受診率については、受診率の経年変化や都市医師会別、年代別等の実績資料を作成するなどして、各都市医師会に情報提供することで、受診促進を図る。

#### ○個人情報の保護

個人情報の取扱は、山口県医師国民健康保険組合の個人情報保護規程や、その他関連するガイドライン等により、適切に取り扱う。

### 第4期特定健診等実施計画の概要

○「特定健康診査等実施計画」とは：本組合が「特定健診」及び「特定保健指導」の実施に当たり、方法や目標値等を定めた計画。

○計画期間：令和6年度から11年度までの6年間

○計画で定める目標値：国が示す目標値…特定健診受診率70%

特定保健指導実施率30%

年度別目標値(単位：%)

| 年度        | R6 | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 |
|-----------|----|----|----|----|----|----|
| 特定健診受診率   | 55 | 58 | 61 | 64 | 67 | 70 |
| 特定保健指導実施率 | 8  | 12 | 16 | 20 | 25 | 30 |

#### [特定健診]

○健診の対象者：当該年度中に40～75歳となる者

対象者には、「特定健診受診券」を送付。

○健診期間：5月～12月

○健診機関：山口県医師会に届出のあった医療機関

(自家健診は可、自己健診は不可)

#### ○健診項目

○基本的な健診の項目：既往歴の調査、自覚症状及び他覚症状の有無の検査、身長、体重及び腹囲の検査、BMIの測定、血圧の測定、肝機能検査、血中脂質検査、血糖検査、尿検査

○追加健診項目：貧血検査、心電図検査、血清アルブミン、血清クレアチニン及びeGFR

○詳細な健診項目：眼底検査

○自己負担額：自己負担はなし

#### [特定保健指導]

○指導の目的：内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行う。

対象者が健診結果を理解し、自らの生活習慣を振り返り、生活習慣を改善するための行動目標を設定し、自らが実践できるよう支援を行う。これにより、対象者が行動変容と自己管理を行うとともに、健康的な生活習慣を維持させることで、生活習慣病を予防する。

○指導内容：「積極的支援」と「動機付け支援」の2種類があり、個別面接等により、生活習慣の改善点を対象者とともに考え、実行可能な行動目標を立て、改善に向けた行動について支援を行う。

○指導対象者：国の判定基準に基づき、特定健診の結果により選定する(なお、本組合が実施する健康診断の結果からも選定する)。

対象者には、「特定保健指導利用券」を送付。

○指導開始時期：7月～翌年3月

○保健指導実施機関：山口県医師会に届出のあった医療機関等

(自家保健指導は可、自己保健指導は不可)

○自己負担額：自己負担はなし

○個人情報の保護：健診・保健指導で得られた健診結果のデータ等について、山口県医師国民健康保険組合の個人情報保護規程、その他関連するガイドライン等により、適切に取り扱う。

