

令和 8 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    | 7 自家診療の給付制限…………… 9                   |
| 2 加入条件と手続……………2       | 8 保健事業…………… 10                       |
| 3 健康保険の適用除外 ……………3    | 9 第三者行為…………… 11                      |
| 4 保険料 ……………4          | 10 整骨院・接骨院(柔道整復師)<br>の正しいかかり方………… 12 |
| 5 資格情報のお知らせ・資格確認書 ……5 | 11 届出様式 …………… 13                     |
| 6 保険給付……………7          |                                      |

## 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

山口県医師国民健康保険組合 しおり 

しおり(PDF)をダウンロードできます

[ ホームページ : [山口県医師会](#) > [医師・医療機関の皆様へ](#) > [山口県医師国民健康保険組合](#) ]

# 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



医師国保加入の開業医で、これから法人化

の方々は、本来、市町国保に加入となりますが、

する場合は、本来、協会けんぽへ加入となりますが、

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、高額な保険料になることが多くあります。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。

3ページの「適用除外」手続きによって、今後も医師国保に残ることが出来ます。

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



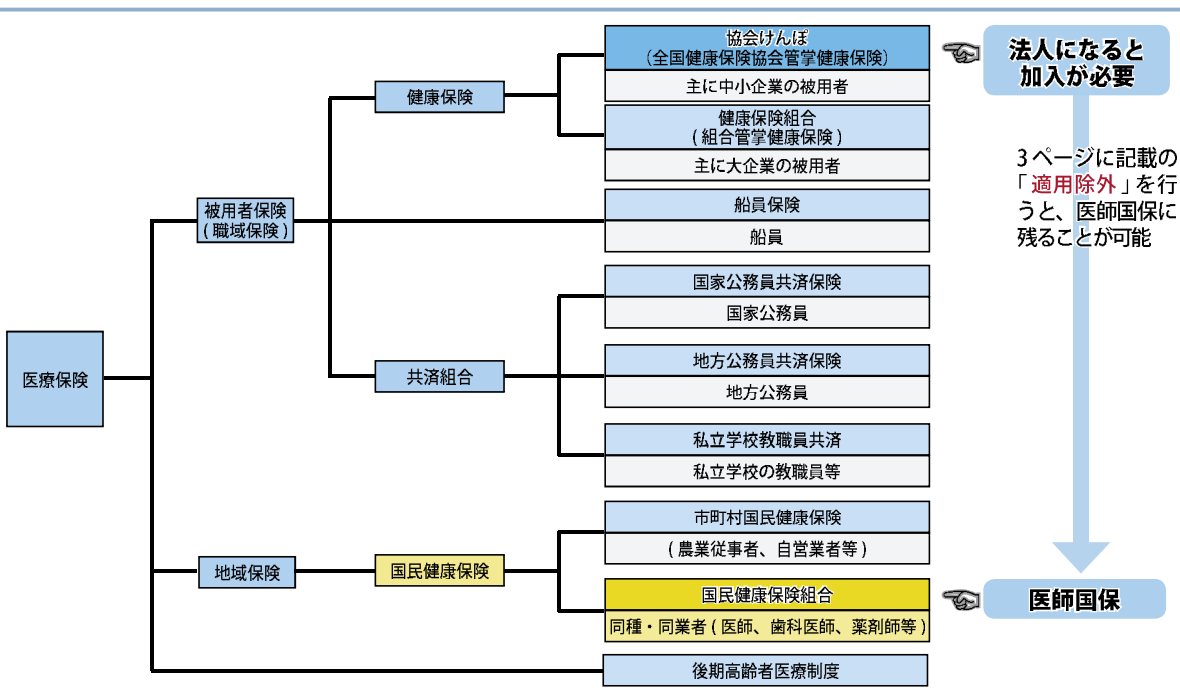
## 例) 保険料比較

※市国保は、世帯内の様々な状況で保険料が変わるため、参考値とする

モデルケース ※ 39歳未満、子供は未就学児	市国保より医師国保の方が 安くなる年収の目安	山口県医師国保組合 の年間保険料 (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	890,000円
+ 配偶者	〃 660万 〃	648,000円	693,800円	857,900円	
+ 配偶者 + 子供1名	〃 825万 〃	852,000円	710,900円	862,100円	

デメリット

- 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。
- 自家診療における給付制限があります。



## ② 加入条件と手続き

### 1 加入条件

呼称	名称	対象	住所
①～④ 全て 被保険者	組合員	①甲種組合員	山口県医師会員である医師
		②甲種組合員の家族	上記組合員と同一住民票の家族
	組合員	③乙種組合員	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）
		④乙種組合員の家族	上記組合員と同一住民票の家族
			・山口県 ・島根県 ・広島県 ・福岡県 に住所を有すること 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

### 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ったが、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」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もとない、**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、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。

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 ・組合員としての資格のみ	被保険者としての資格あり（75歳以上全員）
保険料	保険料：1,000円（月額） ※組合員資格10年以上あった場合は免除	保険料：所得によって異なる 〔広域連合が徴収〕
その他	継続は任意（届出必要） ※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、 <b>同時に全員が資格喪失</b>	75歳になったら強制加入 ※広域連合の被保険者資格にて受診

組合員資格を継続した場合

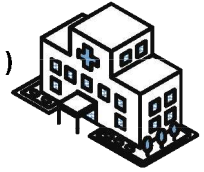
- 75歳未満の家族および組合員は、引き続き、医師国保組合の被保険者として残ることができます。
- 健康診断の一部助成、死亡見舞金の支給（10万円）の対象となります。



### 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 → 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。 ※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 → 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。 ※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

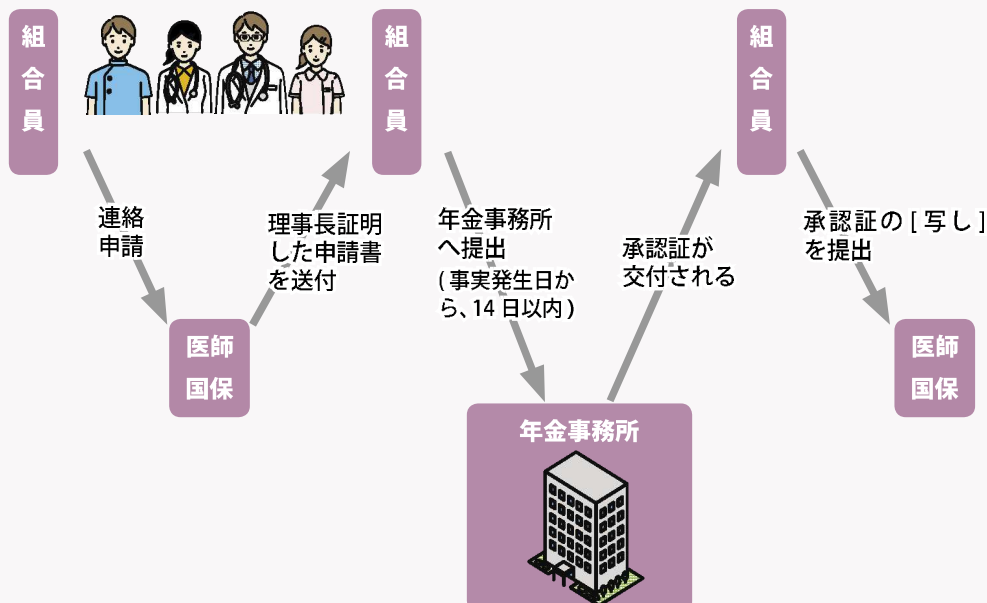
個人事業所で常時従業員が5人以上  
となる場合

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



# 4 保険料

## 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。

[ A 年齢区分 ] の○印 と [ B 種別 ] の組み合わせにより保険料が決定します。		医療 給付費分	後期高齢者 支援金分	介護 納付金分	子ども・子育て 支援金	年齢 区分	月額 保険料
A 年齢 区分	①:18歳以下(高校生含む)	○	○	-	-	①	
	②:18歳以上(高卒)～40歳未満 または、65～74歳	○	○	-	○	②	
	③:40～64歳	○	○	○	○	③	
B 種別	甲種組合員	31,000円	6,000円	8,500円	600円	年齢区分②	37,600円
						年齢区分③	46,100円
	乙種組合員	12,000円	5,000円	5,500円	600円	年齢区分①	17,000円
						年齢区分②	17,600円
						年齢区分③	23,100円
	家族	10,000円	5,000円	5,500円	600円	年齢区分①	15,000円
年齢区分②						15,600円	
年齢区分③						21,100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か月分の保険料が必要	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 ※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	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 組合員分	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
⑤乙種組合員	1,000円		

「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。 (1人当たり12,000円) 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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、出産月の前月から翌々月の4ヶ月分(多胎の場合、6ヶ月分)の保険料を還付します。</li> <li>被保険者が出産した場合、申請書を送付します。</li> <li>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。</li> </ul>	

## 3 保険料証明書



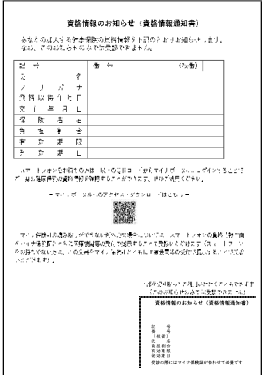
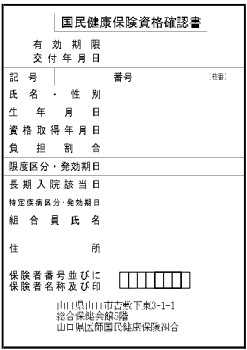
本組合の保険料は所得税法第74条の規定により、総所得金額から「社会保険料控除」として控除されます。

この証明書は、1月中旬に郡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、お願いいたします。

	マイナ保険証が有る	マイナ保険証が無い
交付書類	<b>資格情報のお知らせ (資格情報通知書)</b> 	<b>資格確認書</b> 
形態	A4 サイズ (紙)	はがき型 (約 13 × 9cm) (厚紙)
備考	受診時、機器支障等によりマイナ保険証の読み込みができない場合、 <b>①マイナ保険証</b> <b>②本通知書 (右下切り取り部分で可) または、マイナポータル</b> の、①と②の提示で受診可能となり、高額医療となる際の限度額認定証も不要です。 (注意) 制度上、マイナ保険証をお持ちの場合は、 <b>右表の [ 資格確認書 ] を発行できません</b>	<b>高額医療</b> となるときは、 <b>限度額認定区分</b> を記載するために、本紙掲載の <b>様式 4「資格確認書 交付申請書」</b> にて、「 <b>任意記載事項を希望する</b> 」と記した申請が必要です。 ※従来の「 <b>限度額認定証</b> 」(紙証)は、令和7年7月31日で廃止 <b>前期高齢者(70歳～74歳)</b> の「 <b>一部負担割合</b> 」記載 ※従来の「 <b>高齢受給者証</b> 」(紙証)は、令和7年7月31日で廃止
再交付	本組合にお問い合わせください	本紙掲載の、 <b>様式 4「資格確認書 交付申請書」</b> で申請

下表の場合、「**資格確認書**」を発行します。

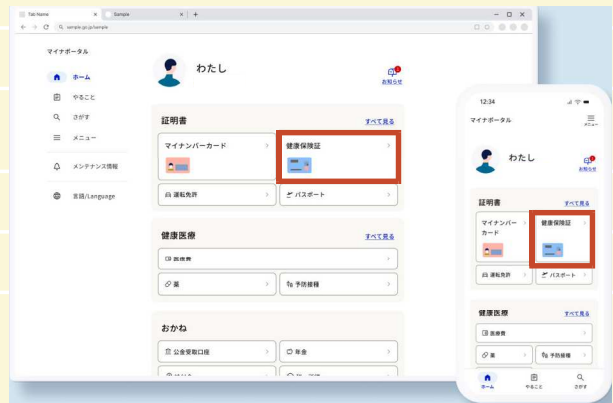
	マイナ保険証の利用解除 (マイナンバーカード自体は保有のまま)	マイナンバーカードを国に返納
手続き先	医師国保	市役所
手続きの流れ	<b>①「マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書」</b> を医師国保に提出 ※申請書が必要な方は、医師国保にご連絡願います <b>②</b> 医師国保で申請書の受理後、1週間ほどで「 <b>資格確認書</b> 」を所属機関宛てに送付	<b>①</b> 市役所にてカード返納手続き後、関連機関より、返納者があったことが医師国保に通知されます <b>②</b> 本組合で通知内容を確認後、1週間ほどで「 <b>資格確認書</b> 」を所属機関宛てに送付

### ■ 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の健康保険証利用登録状況は、ご自身でマイナポータルで確認できます

- ① Webで、「マイナポータル」を検索。
- ② マイナポータルにログイン
- ③ ログイン後トップページから、健康保険証を選択。
- ④ 健康保険証の資格情報が表示されます。
- ⑤ 「資格情報をPDFで保存」も可能です。  
本組合への加入届 / 異動届の提出時、  
同一住民票の家族が属する他健康保険での  
「資格情報のお知らせ」がない場合、  
こちらから取得の上、ご提出ください。



マイナンバーカードの更新に関する通知が届いていませんか？ [有効期限について]

- ①カード本体(10年、18歳未満は5年)
- ②電子証明書(5年)

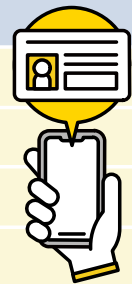
2つの有効期限があり、どちらも更新が必要です。  
それぞれ期限が近づくと、封書で有効期限通知書が届きます。  
・期限の3ヶ月前から市区町村窓口やオンラインで無料更新可能です。  
・カード表面を確認し、期限切れ前に手続きを行ってください

有効期限が切れてマイナ保険証として使えなくならないよう、通知の内容を確認のうえお早めに更新をお願いします。

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

Webで、「マイナンバーカード 保険証利用」を検索。





- 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



### マイナ保険証 5つのメリット

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、マイナン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。

## 6 保険給付

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 ②義務教育就学後～69歳 : 3割負担	③70～74歳 ・現役並み所得者 : 3割負担 ・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 ※住民税非課税世帯者は食事代が減額されるので、入院日数が90日を超える場合は、ご連絡ください		入院時 食事療養費
組合員が休業・休職したとき (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、 ①甲種組合員 : 6,000円 ②乙種組合員 : 3,000円 を支給 ※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 ・はり、きゅう、マッサージの施術(医師が治療上必要と認めた場合に限る) ・やむを得ず自費扱いのとき ・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払い戻し(自己負担分を差し引いた保険給付分を支給)を受けることができる。  はり・きゅう及びあん摩・マッサージについては、当該疾病に対する主治医の同意が必ず必要です。また、はり、きゅうは、保険医療機関と同一疾病に対する治療・施術は認められません。		療養費
医療費の自己負担が高額になったとき (高額医療)  ※負担額は次ページ参照	保険医療機関で1ヵ月に支払った一部負担金が、所得区分に応じた自己負担限度額を超えた場合に支給		
	①マイナ保険証 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ることができます。(手続き不要)	高額療養費
	②マイナ保険証 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。 → 本紙掲載の様式第4号「資格確認書 交付申請書」にて「任意記載事項を希望する」にチェックを入れて申請。 → 本組合で申請書の受理後、限度額を追記した「資格確認書」を発行。 ※ それまでの「資格確認書」は回収となります。 ※ 一旦、本申請を行った場合、「任意記載事項を希望しない」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。	
1) 上記手続きが間に合わない場合 2) 複数の医療機関等を受診した場合	医療機関窓口で一旦、3割分(未就学児は2割)の支払いが必要ですが、診療月の2ヶ月以降に、本組合にレセプトが届きますので、高額療養費に該当する場合、本組合から「高額療養費支給申請書」を送付します。 → 申請書等を医師国保に提出 → 自己負担限度額超過額(高額療養費)を医師国保より振込 (入院時食事療養費、室料差額は、高額療養費の支給対象となりません)		
医師の指示で医療機関に移送されたとき	医師の指示により一時的、緊急的な必要性があつて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		出産育児一時金
死亡したとき	甲種組合員(医師) …………… 20万円を支給 乙種組合員 および 家族 …………… 10万円を支給		葬祭費

### 高額療養費の自己負担限度額（月単位の上限額）

70歳未満	令和8年7月まで	令和8年8月から～令和9年7月
<b>区分ア</b> 旧ただし書き所得 901万円超	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% 〈多数回該当：140,100円〉	270,300円 + (医療費 - 842,000円) × 1% 〈多数回該当：140,100円〉 年間上限：1,680,000円
<b>区分イ</b> 旧ただし書き所得 600万円超～901万円以下	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% 〈多数回該当：93,000円〉	179,100円 + (医療費 - 558,000円) × 1% 〈多数回該当：93,000円〉 年間上限：1,110,000円
<b>区分ウ</b> 旧ただし書き所得 210万円超～600万円以下	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〈多数回該当：44,400円〉	85,800円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〈多数回該当：44,400円〉 年間上限：530,000円
<b>区分エ</b> 旧ただし書き所得 210万円以下	57,600円 〈多数回該当：44,400円〉	61,500円 〈多数回該当：44,400円〉 年間上限：530,000円
<b>区分オ</b> 住民税非課税	35,400円 〈多数回該当：24,600円〉	36,900円 〈多数回該当：24,600円〉 年間上限：290,000円

70歳以上	令和8年7月まで	令和8年8月から令和9年7月
<b>現役並み所得Ⅲ</b> 課税所得 690万円以上	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% 〈多数回該当：140,100円〉	270,300円 + (医療費 - 842,000円) × 1% 〈多数回該当：140,100円〉 年間上限：1,680,000円
<b>現役並み所得Ⅱ</b> 課税所得 380万円以上	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% 〈多数回該当：93,000円〉	179,100円 + (医療費 - 558,000円) × 1% 〈多数回該当：93,000円〉 年間上限：1,110,000円
<b>現役並み所得Ⅰ</b> 課税所得 145万円以上	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〈多数回該当：44,400円〉	85,800円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〈多数回該当：44,400円〉 年間上限：530,000円
<b>一般</b> 課税所得 145万円未満 ※1	57,600円 〈多数回該当：44,400円〉 外来特例：18,000円 外来年間上限：144,000円	61,500円 〈多数回該当：44,400円〉 年間上限：530,000円 外来特例：22,000円 外来年間上限：216,000円
<b>低所得Ⅱ</b> 住民税非課税	24,600円 外来特例：8,000円	25,700円 年間上限：290,000円 外来特例：11,000円 外来年間上限：96,000円
<b>低所得Ⅰ</b> 住民税非課税 (所得が一定以下)	15,000円 外来特例：8,000円	15,700円 年間上限：180,000円 外来特例：8,000円


- ・「旧ただし書き所得」は、「総所得金額等」から「基礎控除」を差し引いた額。
- ・〈 〉内は多数回該当（過去12ヵ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目以降の支給に該当の場合）の限度額。
- ・血友病、人工透析が必要な慢性腎不全などの場合、自己負担限度額は1万円。（人工透析を要する70歳未満の上位所得者は2万円）
- ・世帯合算において、70歳未満の被保険者については合算対象基準額を21,000円とし、70歳以上の被保険者については、全ての一部負担金を合算する。
- ・月の途中で75歳になり、後期高齢者医療制度（長寿医療制度）へ移った月の自己負担限度額は、移行した後期高齢者医療制度と移行前の医療制度（本組合）それぞれのその月の自己負担限度額が1/2となる。

※1 収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。

## 7 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

 自家診療 の例  給付を 認めません	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 ※ 自家診療が認められるのは、乙種組合員の家族のみ	
	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	
	医業を行う医療機関は異にしているが、親子、夫婦の診療	
	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	
	院内・院外問わず、自家診療にともなう処方箋	
	特に社会通念上、認められないもの	休日夜間の急な発熱 経過観察レベルの簡易な診療 通院がづらい（遠い、面倒）

詳しくは、諸規程集「自家診療承認に関する内規」をご覧ください、  
 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。

## 8 保健事業

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 ※40歳未満も対象</p> <p>5月に<b>郡市医師会</b>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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・75歳以上の「被保険者でない組合員」</li> <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>①健康診断</p> <p>②特定健康診査</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・ 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、当該年度中に<b>40～75歳</b>となる者</p> <p>4月末、下記対象者が在籍する医療機関宛てに<b>本組合</b>から資料を送付</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・昨年度、特定健診を受診している者</li> <li>・本年度、40歳に到達する者</li> </ul> <p>※上記以外で、特定健診を希望される方は、申込書を送付しますので、ご連絡ください</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学びながらのウォーキング大会	<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>郡市医師会を通じて参加者を募集します</p> 
④医療費通知	<p>該当組合員に年1回「医療費通知」発行</p>	<p>2月中旬に送付</p>
⑤ジェネリック差額通知	<p>該当被保険者に年1回「ジェネリック差額通知」発行</p>	<p>12月中旬に送付</p> 
⑥死亡見舞金の支給	<p>後期高齢者組合員が死亡：10万円支給</p>	

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 必ず届出を

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での食中毒
- ・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。



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らない場合

- ・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や通勤途上での負傷



施術を受ける際の注意

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



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）をしてください。

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。

👉 白紙の申請書に署名（サイン）しないでください。

自身でサイン



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随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 ★ 1	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資格確認書 [発行されている場合]		
		※ 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 ★ 1	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資格確認書 [発行されている場合]		
	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 ★ 1	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資格確認書 [発行されている場合]		
	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 1) 任意記載事項(限度額認定区分)を希望 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 ★ 2	甲種組合員: 別紙 1 乙種組合員: 別紙 5	下記※表参照	
医療機関に関するもの	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	提出者		
		甲種組合員	社労士等が代理提出	乙種組合員 [★ 2]のみ
	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	

★ 1 資格情報通知書(資格情報のお知らせ)がない場合、マイナポータルからPDFを印刷できます。


Webで「マイナポータル」を検索 > マイナポータルにログイン > トップページから[健康保険証]を選択 > 健康保険証の資格情報が表示

**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 (2) 強制適用事業所 (常勤従業員が5名以上) (3) 任意適用事業所 (従業員が5名未満で 厚生年金加入の従業員あり)	<b>常勤労働者</b> の場合 ①協会けんぽに加入 ②世帯分離して、 <b>医師国保</b> に加入 (家族は市町国保のまま) ※市役所にて、市町国保加入者との世帯分離手続きが必要 ※分離後の、「世帯全員の住民票」が必要 ※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) ③家族は <b>市町国保</b> を脱退し、一緒に <b>医師国保</b> に加入	厚生年金
	<b>パートタイム・短時間労働者・非常勤</b> の場合 ④ <b>市町国保</b> に加入 ⑤ <b>世帯分離</b> して、 <b>医師国保</b> に加入 (家族は市町国保のまま) ※市役所にて、市町国保加入者との世帯分離手続きが必要 ※分離後の、「世帯全員の住民票」が必要 ⑥家族は <b>市町国保</b> を脱退し、一緒に <b>医師国保</b> に加入	国民年金
(4) 個人事業所 (厚生年金加入の従業員なし)	<b>常勤労働者・パートタイム・短時間労働者</b> ⑦ <b>市町国保</b> に加入 ⑧ <b>世帯分離</b> して、 <b>医師国保</b> に加入 (家族は市町国保のまま) ※市役所にて、市町国保加入者との世帯分離手続きが必要 ※分離後の、「世帯全員の住民票」が必要 ⑨家族は <b>市町国保</b> を脱退し、一緒に <b>医師国保</b> に加入	

 ⑤⑥では  
労働者名簿等、雇用形態の  
わかる書類が必要

## 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 氏 名	組 合 員 との続柄	性 別	⑤ 個人番号(マイナンバー)		⑥ 取得理由
			生年月日	職 業	
(1)		男 女	元号 年 月 日		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)
(2)		男 女	元号 年 月 日		
(3)		男 女	元号 年 月 日		
(4)		男 女	元号 年 月 日		
(5)		男 女	元号 年 月 日		
上記のとおり必要書類を添えて届けます 山口県医師国民健康保険組合 様 〒 _____ 住 所 _____ 氏 名 <span style="float: right;">印</span> 個人番号 (マイナンバー) <span style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> <span style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> <span style="display: inline-block; border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ⑧ 医療機関名 _____			⑩ 記入上の注意 (申請者チェック欄) <input type="checkbox"/> 押印 <input type="checkbox"/> 乙種世帯の加入時は ⑦と⑨に乙種組合員、 ⑩に甲種が記入 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 添付書類 <input type="checkbox"/> 世帯全員住民票の写し (世帯の一部は不可) <input type="checkbox"/> 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 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> 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		
■ 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 委任欄 ⑨ 乙種組合員 氏名 <span style="float: right;">印</span> ⑩ 代理人 甲種組合員 氏名 <span style="float: right;">印</span> (事業主)					

# 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



様式第1号

### 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		⑤ 個人番号(マイナンバー)	⑥ 取得理由
フリガタ氏名	組合員との続柄	性別 生年月日 職業	
(1)	甲種組合員	男 元号 年 月 日	市町国保離脱
(2)	甲種家族	男 元号 年 月 日	社会保険離脱
(3)		男 元号 年 月 日	出生
(4)		男 元号 年 月 日	生活保護廃止
(5)		男 元号 年 月 日	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

山口県医師国民健康保険組合 様

⑦ 組合員  
住 所 〒 -  
氏 名  
個人番号(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

⑧ 記入上の注意(申請者チェック欄)

押印

乙種世帯の加入時は⑦と⑧に乙種組合員、順に甲種が記入

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

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



様式第1号

### 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		⑤ 個人番号(マイナンバー)	⑥ 取得理由
フリガタ氏名	組合員との続柄	性別 生年月日 職業	
(1)	乙種組合員	男 元号 年 月 日	市町国保離脱
(2)	乙種家族	男 元号 年 月 日	社会保険離脱
(3)		男 元号 年 月 日	出生
(4)		男 元号 年 月 日	生活保護廃止
(5)		男 元号 年 月 日	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

山口県医師国民健康保険組合 様

⑦ 組合員  
住 所 〒 -  
氏 名  
個人番号(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]は、本届出を⑩[甲種組合員(事業主)]に委任します

⑩ 乙種組合員 氏名 (印)

⑪ 代理人 甲種組合員 氏名 (事業主) (印)

⑧ 記入上の注意(申請者チェック欄)

押印

乙種世帯の加入時は⑦と⑧に乙種組合員、順に甲種が記入

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

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 <small>喪失日の翌日を記載[記載日前日まで資格有効] ※ 退職の場合：退職日の翌日を記載</small>
--------	---	---------------	---

### ③ 資格を喪失する者

④ 個人番号(マイナンバー) 氏名	組合員 との続柄	⑤ 喪失理由	備考										
(1) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>												市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	
(2) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>												市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	
(3) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>												市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	
(4) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>												市町国保加入・社会保険加入・死亡 生活保護開始・その他(国保組合加入等)	
(5) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>												市町国保加入・社会保険加入・死亡 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

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

#### ■ 乙種組合員世帯の喪失 ■

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
- 乙種世帯の喪失時は  
⑦と⑨に乙種組合員、  
⑩に甲種が記入

添付書類

- 資格確認書(返却)  
※発行されている場合
- 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

# 記入サンプル

様式第7号

## 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	令和 年 月 日
③ 資格を喪失する者			
④ 個人番号(マイナンバー)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		⑦ 記入上の注意(申請者チェック欄)	
山口県医師国民健康保険組合 様		押印	
⑦ 組合員住所	氏名	二 乙種世帯の喪失時は⑧と⑩に乙種組合員、⑨に甲種が記入	
氏名	個人番号(マイナンバー)	添付書類	
⑧ 医療機関名		資格確認書(返却) ※発行されている場合	
■ 乙種組合員世帯の喪失 ■		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 ※提出を労務等に委託する場合 ・甲種組合員: 3 ・乙種組合員: 4	
委任欄	記入不要		

【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"

いずれかを○で囲む

次に加え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	令和 年 月 日
③ 資格を喪失する者			
④ 個人番号(マイナンバー)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		⑦ 記入上の注意(申請者チェック欄)	
山口県医師国民健康保険組合 様		押印	
⑦ 組合員住所	氏名	二 乙種世帯の喪失時は⑧と⑩に乙種組合員、⑨に甲種が記入	
氏名	個人番号(マイナンバー)	添付書類	
⑧ 医療機関名		資格確認書(返却) ※発行されている場合	
■ 乙種組合員世帯の喪失 ■		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 ※提出を労務等に委託する場合 ・甲種組合員: 3 ・乙種組合員: 4	
委任欄	⑨ 乙種組合員氏名		
	⑩ 代理人(甲種組合員氏名(専業主婦))		

【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

次に加え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





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 (マイナンバー)							
			③ 氏名							
④ 住所	〒 _____									
⑤ 該当(非該当) 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				⑪ 記入上の注意 (申請者チェック欄)						
山口県医師国民健康保険組合 様				年 月 日						
⑦ 組合員 住所 〒 _____				<input type="checkbox"/> 押印  <input type="checkbox"/> 乙種世帯の届出時は ⑦と⑨に乙種組合員、 ⑩に甲種が記入						
氏名				印						
個人番号 (マイナンバー)				<input type="checkbox"/> ③の世帯全員の 住民票の写し (世帯の一部は不可)						
⑧ 医療機関名				<input type="checkbox"/> 在学証明書 (該当届提出時)						
■ 乙種組合員世帯の届出 ■				<input type="checkbox"/> 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						
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 甲種組合員 氏名 (事業主)				印					

## 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				申請理由	<input type="checkbox"/> 1. 紛失 <input type="checkbox"/> 2. カード返納 <input type="checkbox"/> 3. 介助 <input type="checkbox"/> 4. その他 ( )	
					任意記載事項を (限度額認定区分等)		<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
家 族 1	(フリガナ)					申請理由	<input type="checkbox"/> 1. 紛失 <input type="checkbox"/> 2. カード返納 <input type="checkbox"/> 3. 介助 <input type="checkbox"/> 4. その他 ( )
	氏 名						
	個人番号					任意記載事項を (限度額認定区分等)	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日				<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
家 族 2	(フリガナ)					申請理由	<input type="checkbox"/> 1. 紛失 <input type="checkbox"/> 2. カード返納 <input type="checkbox"/> 3. 介助 <input type="checkbox"/> 4. その他 ( )
	氏 名						
	個人番号					任意記載事項を (限度額認定区分等)	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日				<input type="checkbox"/> 希望する <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られない事情等、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 氏名	
-------------	--

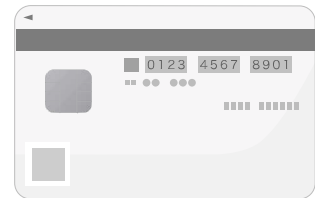
甲種組合員の



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)

番号  
確認

マイナンバー面の貼り付け



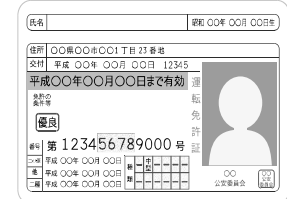
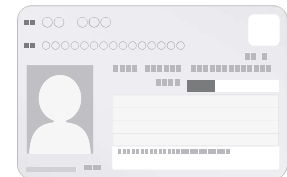
甲種組合員の



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)

身元  
確認

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


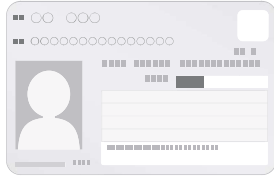
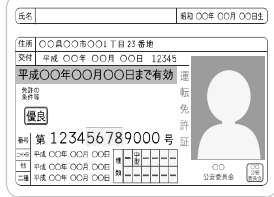
- ・資格確認書
- ・住民票(6ヶ月以内)
- ・戸籍謄本、戸籍抄本
- ・年金手帳 等

甲種組合員

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 氏名	
-------------	--

乙種組合員の 番号確認の	<p>乙種組合員(従業員)の </p> <p>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)</p>	 
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">マイナンバー面の貼り付け</div>	

甲種組合員の 身元確認の	<p>甲種組合員(事業主)の </p> <p>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)</p>	 
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">顔写真面の貼り付け</div>	

※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

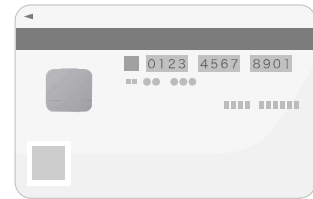
代 理 人 (社労士事務所等)	住 所	
	名 称	
	担当者氏名	

甲種組合員の  
番号確認

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)

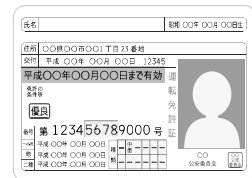
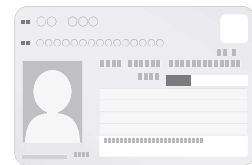


代理人(社労士等)の  
身元確認

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  
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 (社労士事務所等)	住 所	
	名 称	
	担当者氏名	

乙種組合員  
番号確認

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)

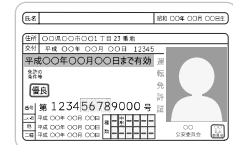
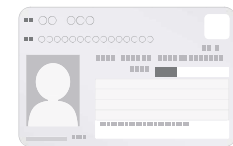


甲種組合員  
身元確認

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)



※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

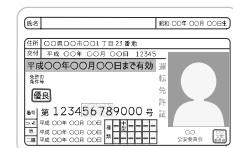
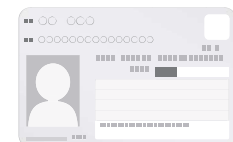
右の3枚を  
(重ねて)  
貼付けて  
下さい

代理人(社労士等)  
身元確認

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

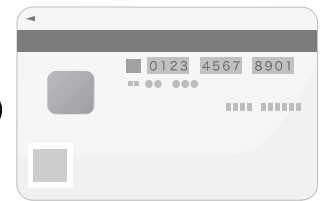
乙種組合員  
氏 名

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

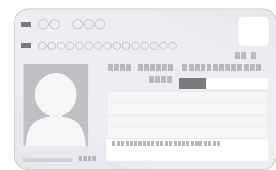
乙種  
組合員

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	〒 _____
<p>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</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">山口県医師国民健康保険組合 様</p> <p style="text-align: center;">④ 医療機関住所 〒 _____</p> <p style="text-align: center;">⑤ 医療機関名</p> <p style="text-align: center;">⑥ 甲種組合員氏名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">印</span> </div>	

**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 医療機関名	
② 変更後の 医療機関名	
③ 医療機関名を 変更する日	年                      月                      日
<p>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</p> <p style="text-align: right;">年                      月                      日</p> <p style="text-align: center;">山口県医師国民健康保険組合 様</p> <p style="text-align: center;">④ 医療機関住所      〒 _____ - _____</p> <p style="text-align: center;">⑤ 医療機関名</p> <p style="text-align: center;">⑥ 甲種組合員氏名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">印</span> </div>	

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、健康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、生活習慣病罹患者の重症化予防、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郡市医師会別、年代別等の実績資料を作成するなどして、各郡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ンス等により、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」の実施にあたり、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は、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ンス等により、適切に取り扱う。

