**【F】 従業員 資格確認調査表**

（令和　　年　　　　月　調査）

　　　　　　　　　　　佐賀県医師国保組合

|  |  |
| --- | --- |
| **確　　認　　事　　項** | **提　出　書　類** |
| **①従業員氏名** | 　 |
| （被保険者記号・番号　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **②生年****月日** | （昭和･平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日 生　） |
| **③種　別** | **C：75歳未満** 従業員　　　　 |
| **④職　種** | 1：医 師　 2：看護師　　3：保健師　　4：事務員5：介護福祉士　　6：理学療法士　　7：柔道整復師8：レントゲン技師　　9：その他（　　　　　　　） |  |
| **⑤従業員の住民票の住所** | 〒　　電話　　　　　（　　　　　） | **※１「住民票謄本（直近６ヵ月以内発行のもの）」**（世帯員全員が記載されているもの） |
| **⑥従業員の家族（世帯員全員分）** | **氏　名** | **現在加入している保険** | **注）追って、関係書類を提出頂く場合もあります。** |
|  | 医師国保・社保・共済・組合国保・市町村国保・その他（　　　　　） |
|  | 医師国保・社保・共済・組合国保・市町村国保・その他（　　　　　） |
|  | 医師国保・社保・共済・組合国保・市町村国保・その他（　　　　　） |
|  | 医師国保・社保・共済・組合国保・市町村国保・その他（　　　　　） |
|  | 医師国保・社保・共済・組合国保・市町村国保・その他（　　　　　） |
|  | 医師国保・社保・共済・組合国保・市町村国保・その他（　　　　　） |
| **⑦勤務している****医療機関等名** | **⑦名　称** |  |
| **⑦所在地** | 〒　　　電話　　　　（　　　　）　　　　　 |
| **⑦区　分** | １．法　人　　２．個人事業所　 | ※２勤務先との雇用関係がわかるもの（写） |
| **⑧備考** | ④欄の「職種」は、該当するものに○を付けてください。⑥欄の「現在加入している保険」は、該当するものに○を付けてください。⑦欄の「勤務している医療機関」中の「区分」欄は、該当する番号に○を付けてください。⑦欄の※２は、「厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書（写）」、「雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（写）」等の勤務先との雇用関係が証明できる書類をご提出下さい。 |

**【F】記入方法と提出書類について**

佐賀県医師国保組合

この調査は、厚生労働省からの指示により、現在、組合に加入している組合員及びその世帯に属する人たちに関する資格の確認を行なうための調査です。

よって、組合員の方、被保険者である従業員の方は、必ず提出してください。提出されない場合には、資格を喪失させられる場合があります。

**【記入の留意事項・提出書類等】**

**２　従業員**

⑤欄：従業員の方は、現在は組合員の世帯員（家族）として取り扱ってきましたが、実態にあわないとの指摘を受けていることから、今後、従業員組合員とすることを検討しております。従業員組合員に制度変更した場合、組合員とその家族は、「社会保険」や「その他の国保組合」に加入する者を除き、全員が医師国保組合に加入しなくてはなりません。

つきましては、被保険者である従業員の家族が、現在、どのような健康保険に加入されているかを確認するため、世帯員全員が記載されている**「住民票謄本」（直近６ヵ月以内発行のもの）（※１）**を提出してください。

⑦欄：※２勤務先との雇用関係がわかるもの（写）は、「厚生年金保険被保険者標準報酬決定通知書（写）」、「雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（写）」等の勤務先との雇用関係が証明できる書類をご提出下さい。