

決裁	専務理事	事務局長	係員
年月日			

記号番号	84—
資格取得日	令和 年 月 日

組合員NO	
事務所NO	

【新規加入 組合員用】 加入申込書・被保険者資格取得届

* ご家族の方は2枚目以降にご記入をお願いします

東京都弁護士国民健康保険組合へ加入致したく規約承認の上、同一世帯の世帯全員の者と共に申し込みます。
なお、同一世帯で東京都弁護士国民健康保険組合に加入しない者の健康保険等の加入状況は裏面記載のとおりです。

内にご記入ください		届出年月日		年	月	日
フリガナ				性別	昭和 平成	
組合員氏名				男・女	生年月日	年 月 日
個人番号 (マイナンバー)				国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他()	
マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無 ⇒				<input type="checkbox"/> 有 (資格情報のお知らせ) <input type="checkbox"/> 無 (資格確認書)		
住所 (住民票の記載 どおり)	〒					自宅または携帯電話 () -
※加入できる住所地は規約のとおり						
従来加入していた健康保険	<input type="checkbox"/> 健保組合または協会けんぽ <input type="checkbox"/> 都道府県・区市町村国保 <input type="checkbox"/> その他 ()					

職業	<input type="checkbox"/> 1. 弁護士 <input type="checkbox"/> 2. 外国法事務弁護士 <input type="checkbox"/> 3. 法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者 (下記に雇用主の弁護士会、登録番号、氏名をご記入ください。)					
弁護士会	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 第一東京 <input type="checkbox"/> 第二東京 <input type="checkbox"/> 神奈川県 <input type="checkbox"/> 埼玉 <input type="checkbox"/> 千葉県					
登録番号	職務上の氏名 無・有⇒		雇用主氏名			

※ 令和4年10月より使用関係が常用的な勤務弁護士と従業員を合わせて5人以上の個人の法律事務所が健康保険(協会けんぽ)・厚生年金保険の強制適用事業所になることから、事務所形態及び所属形態の把握が必要になりますので、下記事務所形態、所属形態に☑をお願いします。

事務所形態	<input type="checkbox"/> 弁護士法人(名称:)		個人事務所 <input type="checkbox"/> 被用者5人以上 <input type="checkbox"/> 被用者5人未満			
所属形態	<input type="checkbox"/> 代表社員・社員 <input type="checkbox"/> 勤務弁護士・従業員 (常用的使用関係あり)		<input type="checkbox"/> 代表弁護士 <input type="checkbox"/> 勤務弁護士・従業員 (常用的使用関係あり)			
	<input type="checkbox"/> 勤務弁護士以外の弁護士 (代表社員・社員以外) <input type="checkbox"/> 勤務弁護士・従業員 (常用的使用関係なし)		<input type="checkbox"/> 勤務弁護士以外の弁護士 <input type="checkbox"/> 勤務弁護士・従業員 (常用的使用関係なし)			
法律事務所	フリガナ					
	事務所名					
所在地	〒					
電話番号 () -						

・加入時に事務所形態、所属形態の確認が必須となりますので、事務所にご確認のうえ就業形態確認書類とともに手続きをお願いします。(弁護士国保ウェブサイトよりダウンロード可)

・資格確認のため発行より3か月以内の世帯全員の住民票(マイナンバー記載あり)を添付してください。その他必要書類は裏面または弁護士国保ウェブサイトでご確認ください。

・住民票の世帯が同一で、都道府県国保にご加入のご家族は組合員の資格取得と同時にご家族として加入していただけます。つきましては裏面に記載及び保険証等のコピーを添付してください。

・この届出書は当組規約第七条に基づき記載いただくものです。(当組規約は組合報または弁護士国保ウェブサイトでご確認ください。)

・同一世帯の者とは住民登録を同一にし、現に同居を共にする方です。氏名は住民票の記載どおりにご記入ください。

東京都弁護士国民健康保険組合

理事長 殿

処理欄	資格情報のお知らせ	交付	被保険者数	口座振替
	資格確認書			み・三・DF・ゆ 現金・団体

東京都弁護士国民健康保険組合に加入申しない家族の健康保険等加入状況

都道府県・区市町村国保に加入または健康保険等に加入していない方は適正な手続きが至急必要になります。
 なお、組合員新規加入の際、適正な被保険者資格確認のため、弁護士国保に加入申しない住民票上同一世帯の方の保険証等のコピー(全国健康保険協会、健保組合、共済組合等(75歳以上の後期高齢者医療制度該当の方は除く))をご提出ください。
 組合員となる方の世帯に属する方について、国民健康保険法第六条該当の有無を確認し、適正な世帯包括適用を行うためです。

同一世帯であるが、表記組合員とともに東京都弁護士国民健康保険組合に加入しない家族の健康保険等の加入状況は次のとおりです。	
氏名	現在加入している健康保険等
	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 弁護士国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 弁護士国保組合以外の国民健康保険組合 *下記()に国保組合名をご記入下さい。 (区市町村国保を除く 国保組合名)
	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 弁護士国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 弁護士国保組合以外の国民健康保険組合 *下記()に国保組合名をご記入下さい。 (区市町村国保を除く 国保組合名)
	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会(協会けんぽ) <input type="checkbox"/> 弁護士国保組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 弁護士国保組合以外の国民健康保険組合 *下記()に国保組合名をご記入下さい。 (区市町村国保を除く 国保組合名)

【必要書類について】

加入の際、現在加入している(加入していた)保険の状況により、添付書類が異なります。
 資格取得届とともに必要書類を添付の上、ご提出ください。
 保険料の納入は、口座振替をご利用いただけます。(振替手数料は無料、弁護士国保ウェブサイトよりダウンロード可)
 なお、神奈川県・埼玉・千葉県弁護士会には方は全員、口座振替にて納入をお願いしております。

保険の種類	都道府県・区市町村の国民健康保険	共済組合・健康保険 (健保組合または協会けんぽ)
必要書類	<input type="checkbox"/> 都道府県区市町村国保の保険証、資格確認書、資格情報のお知らせのいずれか1点のコピー(弁護士国保加入者全員分)	<input type="checkbox"/> 共済組合、健康保険の資格喪失証明書
	<input type="checkbox"/> 個人番号記載のある発行より3か月以内の世帯全員の住民票 弁護士国保に加入されない方の個人番号は必要ありません。 外国籍の方は、記載事項に省略のないものをお願いします。	
	<input type="checkbox"/> 組合員の顔写真付きの身分証コピー(運転免許証、個人番号カード、パスポートの写し等)	
	<input type="checkbox"/> 新規加入の際、弁護士国保に加入申しない住民票上、同一世帯の方の保険証等コピー	
	<input type="checkbox"/> 就業形態確認書類 土業の適用拡大により事務所形態、所属形態の確認が必要です。弁護士国保ウェブサイトの「資格の適用に係る事務所形態・所属形態の関係」より該当の書類を印刷のうえ、ご記入ご提出お願い致します。 * 70歳以上の方が加入する場合 その世帯の70歳以上の方全員の所得を確認致します。マイナンバー制度を利用し所得の確認することができませんが、確認までに時間がかかりますので、お急ぎの場合はその世帯の70歳以上の方全員の所得の証明書(住民税課税証明書もしくは非課税証明書)が必要となります。	

- ※ 個人番号が省略された世帯全員の住民票の場合、加入される方の個人番号カード(両面)、個人番号通知カードの写しが必要になります。(弁護士国保に加入されない方の個人番号は必要ありません。)
ただし、個人番号通知カードの住所と住民票に記載の住所が異なる場合ご利用できません。
- ※ 個人番号カードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りです。
- ※ 状況に応じて上記書類以外の追加書類(世帯合併日の記載のある住民票や戸籍の附票等)のご提出をお願いする場合があります。
- ※ 従来加入の医療保険にて実施した特定健康診査及び特定保健指導のデータを政府が医療保険制度の効率的な運営を図るために推進し、全医療保険者が対象となってオンライン資格確認等により弁護士国保が情報提供を受けることに不同意の場合は、別途「不同意申請書」の提出が必要となります。詳細は弁護士国保ウェブサイトをご確認ください。

【新規加入 家族用】

東京都弁護士国民健康保険組合 加入申込書・被保険者資格取得届



家族で弁護士、外国法事務弁護士、法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者は、別途、就業形態確認書類の添付が必要となります。弁護士国保ウェブサイトより「資格の適用に係る事務所形態・所属形態の関係」から該当の書類を印刷のうえ、ご提出お願い致します。

弁護士、外国法事務弁護士、法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者が協会けんぽ+厚生年金保険の対象の場合、家族として加入することはできません。

家 族	フリガナ				性別		昭和 平成 令和		
	被保険者氏名				男・女	生年月日	年 月 日		
	続柄	国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他()	個人番号 (マイナンバー)					
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無 ⇒				<input type="checkbox"/> 有(資格情報のお知らせ)		<input type="checkbox"/> 無(資格確認書)		
	従来加入していた健康保険等	<input type="checkbox"/> 健保組合または協会けんぽ			<input type="checkbox"/> 都道府県・区市町村国保		<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 出生
	職業	<input type="checkbox"/> 1.弁護士 <input type="checkbox"/> 2.外国法事務弁護士 <input type="checkbox"/> 3.法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者							
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒	<input type="checkbox"/> その他(職業 / 事業所名)								
職業「有」に☑をされた弁護士、外国法事務弁護士、法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者は裏面をご記入ください。また別途確認書等の書面も必要となります。									
家 族	フリガナ				性別		昭和 平成 令和		
	被保険者氏名				男・女	生年月日	年 月 日		
	続柄	国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他()	個人番号 (マイナンバー)					
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無 ⇒				<input type="checkbox"/> 有(資格情報のお知らせ)		<input type="checkbox"/> 無(資格確認書)		
	従来加入していた健康保険等	<input type="checkbox"/> 健保組合または協会けんぽ			<input type="checkbox"/> 都道府県・区市町村国保		<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 出生
	職業	<input type="checkbox"/> 1.弁護士 <input type="checkbox"/> 2.外国法事務弁護士 <input type="checkbox"/> 3.法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者							
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒	<input type="checkbox"/> その他(職業 / 事業所名)								
職業「有」に☑をされた弁護士、外国法事務弁護士、法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者は裏面をご記入ください。また別途確認書等の書面も必要となります。									
家 族	フリガナ				性別		昭和 平成 令和		
	被保険者氏名				男・女	生年月日	年 月 日		
	続柄	国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他()	個人番号 (マイナンバー)					
	マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無 ⇒				<input type="checkbox"/> 有(資格情報のお知らせ)		<input type="checkbox"/> 無(資格確認書)		
	従来加入していた健康保険等	<input type="checkbox"/> 健保組合または協会けんぽ			<input type="checkbox"/> 都道府県・区市町村国保		<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 出生
	職業	<input type="checkbox"/> 1.弁護士 <input type="checkbox"/> 2.外国法事務弁護士 <input type="checkbox"/> 3.法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者							
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒	<input type="checkbox"/> その他(職業 / 事業所名)								
職業「有」に☑をされた弁護士、外国法事務弁護士、法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者は裏面をご記入ください。また別途確認書等の書面も必要となります。									

東京都弁護士国民健康保険組合

理事長

殿

組合員氏名

令和4年10月より使用関係が常用的な勤務弁護士と従業員を合わせて5人以上の個人の法律事務所が健康保険（協会けんぽ）・厚生年金保険の強制適用事業所になることから、事務所形態及び所属形態の把握が必要になります。

表面で職業「有」に☑をされた弁護士・外国法事務弁護士・法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する方は下記をご記入ください。

弁護士国保ウェブサイトの「資格の適用に係る事務所形態・所属形態の関係」より該当の書類を印刷のうえ、併せてご提出お願い致します。

フリガナ		職業	<input type="checkbox"/> 1. 弁護士 <input type="checkbox"/> 2. 外国法事務弁護士	
氏名			<input type="checkbox"/> 3. 法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者	
※ 弁護士・外国法事務弁護士の場合は所属会、登録番号および職務上の氏名（職務上の氏名がなければ未記入）を記入してください。 法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者は雇用している弁護士・外国法事務弁護士の所属会・登録番号及び雇用主名を記入してください。				
弁護士会		登録番号		職務上の氏名 雇用主氏名 *法律事務所に勤務する者
事務所形態	<input type="checkbox"/> 弁護士法人 (名称:)		<input type="checkbox"/> 個人事務所	
			<input type="checkbox"/> 被用者5人以上	<input type="checkbox"/> 被用者5人未満
所属形態	<input type="checkbox"/> 勤務弁護士以外の弁護士 (代表社員・社員以外)		<input type="checkbox"/> 代表弁護士	<input type="checkbox"/> 代表弁護士
	<input type="checkbox"/> 勤務弁護士・従業員 (常用的使用関係なし)		<input type="checkbox"/> 勤務弁護士以外の弁護士 <input type="checkbox"/> 勤務弁護士・従業員 (常用的使用関係なし)	<input type="checkbox"/> 勤務弁護士 <input type="checkbox"/> 勤務弁護士・従業員(常用的使用関係あり) <input type="checkbox"/> 勤務弁護士・従業員(常用的使用関係なし)
法律事務所	フリガナ			
	事務所名			
	所在地	〒		
電話番号 () -				

フリガナ		職業	<input type="checkbox"/> 1. 弁護士 <input type="checkbox"/> 2. 外国法事務弁護士	
氏名			<input type="checkbox"/> 3. 法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者	
※ 弁護士・外国法事務弁護士の場合は所属会、登録番号および職務上の氏名（職務上の氏名がなければ未記入）を記入してください。 法律事務所又は外国法事務弁護士事務所に勤務し業務に従事する者は雇用している弁護士・外国法事務弁護士の所属会・登録番号及び雇用主名を記入してください。				
弁護士会		登録番号		職務上の氏名 雇用主氏名 *法律事務所に勤務する者
事務所形態	<input type="checkbox"/> 弁護士法人 (名称:)		<input type="checkbox"/> 個人事務所	
			<input type="checkbox"/> 被用者5人以上	<input type="checkbox"/> 被用者5人未満
所属形態	<input type="checkbox"/> 勤務弁護士以外の弁護士 (代表社員・社員以外)		<input type="checkbox"/> 代表弁護士	<input type="checkbox"/> 代表弁護士
	<input type="checkbox"/> 勤務弁護士・従業員 (常用的使用関係なし)		<input type="checkbox"/> 勤務弁護士以外の弁護士 <input type="checkbox"/> 勤務弁護士・従業員 (常用的使用関係なし)	<input type="checkbox"/> 勤務弁護士 <input type="checkbox"/> 勤務弁護士・従業員(常用的使用関係あり) <input type="checkbox"/> 勤務弁護士・従業員(常用的使用関係なし)
法律事務所	フリガナ			
	事務所名			
	所在地	〒		
電話番号 () -				

組合使用欄

東京都弁護士国民健康保険組合
理事長 殿

備考	
----	--