

被保険者資格取得届

受付
印

*太線枠内を黒のボールペンで記入してください。

*一世帯ごとに一枚ご記入ください。同一世帯の組合員家族は連記して記入下さい。

被保険者等記号番号										資格取得日		令和	年	月	日	
歯国										家族のみの追加加入時のみ記載						
資格区分 (いずれかに☑)												資格取得事由				
甲種	<input type="checkbox"/> 管理 <input type="checkbox"/> 勤務	乙種第1	<input type="checkbox"/> 歯科医師	乙種第2	<input type="checkbox"/> 技工士 <input type="checkbox"/> 助手 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 衛生士 <input type="checkbox"/> 受付	<input type="checkbox"/> 家族のみの追加加入	<input type="checkbox"/> 市町村国保喪失 <input type="checkbox"/> 社会保険離脱 <input type="checkbox"/> 後期高齢離脱	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 生活保護離脱 <input type="checkbox"/> その他							

資格取得する者の氏名	続柄	性別	生年月日			従前の保険者		マイナンバーカードの 保険証利用登録状況	
(フリガナ)		男	昭	年	月	日	種類	国保・社保・その他	<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録
		女	平				名称		
(フリガナ)		男	昭	年	月	日	種類	国保・社保・その他	<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録
		女	平				名称		
(フリガナ)		男	昭	年	月	日	種類	国保・社保・その他	<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録
		女	平				名称		
(フリガナ)		男	昭	年	月	日	種類	国保・社保・その他	<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録
		女	平				名称		
(フリガナ)		男	昭	年	月	日	種類	国保・社保・その他	<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録
		女	平				名称		

大阪府歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり、必要書類を添付し届けます。

令和 年 月 日

(法令により、14日以内の届出が必要となります。)

- 【添付書類】 ①住民票(3ヶ月以内・世帯全員分・マイナンバー等全項目記載分)(記載事項証明書は不可)
※「この写しは世帯全員(全部)の住民票の原本と相違ないことを証明する」という文言が必要
②「個人番号届出書」「世帯における健康保険の加入状況確認書」
③「健康保険適用除外承認申請書」または「勤務形態に関する届出」(厚生年金適用事業所の場合)
④従前の保険者の喪失証明書(出生以外の家族加入の場合)(保険者発行で、事業主発行は不可)
⑤遅延理由書および就職日を証明する書類(3ヶ月以上届出が遅延した場合)

甲種組合員氏名 (事業主)	(個人印) 印	診療所 所在地	〒	—	TEL	()
診療所名						

組合員本人 氏名※	(個人印) 印	住所※	〒	—	TEL	()
--------------	------------	-----	---	---	-----	-----

※ (申請対象: 甲種本人・家族 → 甲種組合員本人記載) (申請対象: 乙種本人・家族 → 乙種組合員本人記載)

国保支部長 署名・経由印	印
-----------------	---

※ 甲種組合員本人が加入される場合のみ、
国保支部長の署名・経由印が必要です。

常務理事	事務長	課長	確認	係

証交付	窓口受領者(署名)	個人番号届出
月 日		<input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 郵送		<input type="checkbox"/> なし

※ 組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外には使用しません。

(要添付)

資格取得届

資格喪失届

受付
印

個人番号（マイナンバー）届出書

【留意事項】

(1) 資格取得・喪失の場合、対象の方全員分を、下記①と②両方に記入願います。
(但し、家族のみの資格取得・喪失の場合は、②のみ記入をお願いいたします。)

(2) マイナンバーは、誤りがないか必ず本人確認措置（※）を実施してください。
記載が誤っていた場合、オンライン資格確認の利用・資格確認書等の交付等に遅れが生じる場合があります。

※ 本人確認措置・・・「マイナンバーカード両面」または「マイナンバー記載の住民票と運転免許証等」で、「**番号の確認**」と「**身元の確認**」を実施してください。（各書類の写しを添付していただいても結構です。）

① 加入、又は喪失する組合員本人の被保険者等記号番号、氏名及び個人番号（マイナンバー）

被保険者等記号番号 ※ 新規取得の場合、下3桁は空欄にしてください。									
歯	国								
組合員本人氏名					個人番号（マイナンバー）				

② 加入、又は喪失するご家族の氏名及び個人番号（マイナンバー）

組合員家族氏名	個人番号（マイナンバー）								

上記について、本人確認措置を実施の上、届出します。

令和 年 月 日

大阪府歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

(個人印)
印

組合員本人氏名

※届出対象 甲種本人・家族 → 甲種組合員本人の氏名を記載
乙種本人・家族 → 乙種組合員本人の氏名を記載

世帯における健康保険の加入状況確認書

(要添付)
資格取得届
変更届 (住所・氏名)

【留意事項】

- ① 国民健康保険法第19条により **世帯全員での加入が原則**となります。(社会保険等加入者除く)
- ② **住民票記載のすべての方が当組合に加入される場合はこの確認書は不要です。**

種別	氏名	性別	生年月日	組合員との 続柄	現在の健康保険の加入状況 (一部の家族のみ市町村国保に残ることはできません)		
					種類	保険者名	
組合員本人		男 女	昭和 平成 令和 年 月 日		大阪府歯科医師国民健康保険組合		
1	家族	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日		国保組合・社保・その他	本人 扶養	
2	家族	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日		国保組合・社保・その他	本人 扶養	
3	家族	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日		国保組合・社保・その他	本人 扶養	
4	家族	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日		国保組合・社保・その他	本人 扶養	
5	家族	男 女	昭和 平成 令和 年 月 日		国保組合・社保・その他	本人 扶養	

大阪府歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

資格取得届、変更(住所・氏名)届の提出にあたり、家族(世帯)の保険加入状況について、上記の通り相違ありません。

令和 年 月 日 組合員本人氏名 _____ (個人印)

甲種本人・家族 → 甲種組合員本人の氏名を記載
※届出対象
乙種本人・家族 → 乙種組合員本人の氏名を記載

【本確認書について】

国民健康保険法では、被保険者資格は**世帯単位での適用(包括適用)となっており、社会保険等の加入者を除き世帯単位での加入**となります。そのため、世帯全員が記載されている住民票を提出いただき、**当組合に加入されない方の健康保険加入状況を確認する必要があります。**
資格取得・変更(氏名・住所)届の提出時に本確認書を提出してください。

受付
印

「世帯における健康保険の加入状況確認書」提出にあたっての注意事項

- ① 『被保険者資格取得届』『変更届（住所・氏名）』に添付して、提出してください。
- ② 国民健康保険法第19条第1項では、「組合員及び組合員の世帯に属する者は、当該組合が行う国民健康保険の被保険者とする」と規定されています（社会保険、その他の国保組合は除きます）。
そのため、歯科医師国保の場合、組合員と住民票の同一世帯に属する者は、世帯全員が歯科医師国保組合に加入するか、世帯全員で市町村国保に加入しなければなりません。
当組合では、資格確認の適正化のため、世帯における健康保険の加入状況を確認しています。
- ③ 添付いただく住民票は、世帯全員が記載されている住民票（住民票謄本）が必要です。
- ④ 歯科医師国保に加入されない家族がいる場合、本人のみの加入の場合でも、本確認書の提出が必要です。