

記載例

被保険者資格取得届

甲種組合員（事業主）の番号と
同じ番号を記載してください。

資格取得日について

取得時の状況	資格取得日
① 厚生年金適用者	厚生年金取得日
② 厚生年金非適用者	就職日以降の希望日
③ 家族のみの加入	従前保険者の喪失日
④ 出生	出生日

被保険者等記号番号										資格取得日									
歯国	1	2	・	0	3	4	5	—	家族加入の場合のみ記載	令和	0	6	年	1	2	月	0	2	日
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 市町村国保喪失	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 社会保険離脱	<input type="checkbox"/> 生活保護離脱	<input type="checkbox"/> 後期高齢離脱	<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) コクホ タロウ 国保 太郎 (組合員本人)	本人	男	昭	年	月	日	種類 <input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保・その他 名称 大阪市	<input checked="" type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録
(フリガナ) コクホ ハナコ 国保 花子 (家族)	妻	女	昭	年	月	日	種類 <input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保・その他 名称 大阪市	<input type="checkbox"/> 登録済 <input checked="" type="checkbox"/> 未登録
(フリガナ) コクホ シロウ 国保 次郎 (家族)	子	男	平	年	月	日	種類 <input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保・その他 名称 大阪市	<input type="checkbox"/> 登録済 <input checked="" type="checkbox"/> 未登録

【添付書類】

①住民票（3ヵ月以内・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）

組合員本人のみ・家族のみの加入の場合でも「世帯全員分」が必要
1人暮らしであっても、世帯全員分を選択し、
「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」
という文言が記載されているか必ず確認してください。

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」

（※③④⑤は、該当する場合に必要）

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従前保険者の喪失証明書（出生以外の家族のみ加入の場合）
→保険者発行のもので、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（概ね3ヶ月以上遅延する場合）

●「登録済」の場合
→【資格情報のお知らせ】

●「未登録」の場合
→【資格確認書】

を原則交付します。

※交付内容については、
国のシステムを確認（1ヶ月程度）し、変更となる場合があります。

※ご自身の登録状況は、
「マイナポータル」
からご確認ください。

甲種組合員氏名 (事業主)	事業主の氏名・個人印 (法人印は不可)	(個人印)	診療所名	診療所の名称・所在地・電話番号 を記載してください。
------------------	------------------------	-------	------	-------------------------------

組合員本人 氏名※	加入する組合員世帯の 組合員本人の氏名・印 (事業主の印は不可)	(個人印)	住所※	自宅の住所（住民票上の住所） 電話番号を記載してください。
--------------	--	-------	-----	----------------------------------

※（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	事業主が加入される 場合のみ必要です。	(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。
-----------------	------------------------	-----	--

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
記載が誤

※ 本人確認措置(番号・身元確認)を実施してください。

「番号確認」…記載された番号が正しいかどうか

「身元確認」…記載された番号が本人の番号かどうか

※ 本人確認
「番号の

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	1	2	.	0	3	4	5	-	0	0	1						
組合員本人氏名						個人番号（マイナンバー）											
国保 太郎						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2

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）											
国保 花子	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
国保 次郎	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6

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

大阪府歯科医師国民

事業主の記載・押印ではありません。

対象となる世帯の組合員本人が記載して下さい。

(喪失の場合で、記載・押印が出来ない場合、その理由を記載して下さい。)

※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

記載例

(要添付)

資格取得届

変更届 (住所・氏名)

※ 国民健康保険法第19条により世帯全員での加入が原則です。
(社会保険等の加入者は除きます。)

同一家族内で、市町村国保と歯科医師国保の併用はできません。

種別	氏名	性	生年月日	関係	種類	保険者名
組合員本人	国保 太郎	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 平成 40 年 4 月 1 日 令和			大阪府歯科医師国民健康保険組合
1 家族	国保 明子	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 平成 元 年 7 月 1 日 令和	子	国保組合・ <input type="checkbox"/> 社保・共済・その他	<input type="checkbox"/> 本人・扶養 全国健康保険協会 (協会けんぽ)
2 家族	<p>当組合に加入されない方がいる場合のみ提出してください。 (当組合に加入される方は記入不要)</p>					
3 家族						
4 家族		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 平成 年 月 日 令和		国保組合・社保・共済・その他	本人・扶養
5 家族		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 平成 年 月 日 令和		国保組合・社保・共済・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 6 年 12 月

事業主の記載・押印ではありません。
対象となる世帯の組合員本人が記載して下さい。

Ⓜ (個人印)

名を記載

乙種本人・家族 → 乙種組合員本人の氏名を記載

【国民健康保険法第十九条】

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。

ただし、第六条各号(第十号を除く。)のいずれかに該当する者及び他の組合が行う国民健康保険の被保険者は、この限りでない。