

被保険者等記号番号											
歯国	1	2	・	0	1	2	3	-	0	0	1

大阪府歯科医師国民健康保険組合 殿

令和 6 年 12 月 20 日

組合員本人

(変更後の住所・氏名)

(申請対象:)

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。
旧姓・旧住所ではなく、変更後の住所・氏名で記載して下さい。

人印)

組合員本人記載)

※ 以下、変更され

□ 氏名

【添付書類】 被保険者証または資格確認書・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)

・世帯における健康保険の加入状況確認書 ※資格確認書…交付を受けている方のみ添付が必要です。

※住民票…「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(記載事項証明書は不可)

(新) 氏名	(フリガナ)
--------	--------

変更となる部分のみ記載して下さい。

□ 住

【添付書類】

【添付書類】

※ ※ 住所・氏名変更の場合

・被保険者証または資格確認書(交付を受けている方のみ)

・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。

□ 診

・「世帯における健康保険の加入状況確認書」

(医療法人で診療所住所・診療所名が変更となる場合)

・登記事項証明書(履歴事項全部証明書)の写し

□ 連絡先(送付先)

(新) 連絡先	<input type="checkbox"/> 診療所	<input type="checkbox"/> 自宅
(旧) 連絡先	<input type="checkbox"/> 診療所	<input type="checkbox"/> 自宅

確認	係員

証交付	窓口受領者(署名)
月 日	
<input type="checkbox"/> 郵送	

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。