

# 資格取得届の記入の仕方

- 乙種組合員本人の加入の場合
- 甲種家族、乙種家族の加入の場合

本人→院長先生の保険証の記号番号を記入してください。  
※但し、枝番号はあけておいてください。  
家族→組合員本人の保険証の記号番号を枝番号まで記入してください。

乙種第1→歯科医師→大阪府歯科医師会に加入していない歯科医師の方  
乙種第2→歯科医師でない従業員の方で1～5のいずれか該当する職種に○をしてください。  
※甲種欄に○は不要です。

届出をした住所を省略なく記入してください。

甲種家族の加入の場合は甲種のいずれかに○をしてください。  
※乙種欄に○は不要です。

診療所区分は  
1→医療法人  
2→厚生年金をかけている個人事業所  
3→厚生年金をかけていない個人事業所に○をしてください。

住民票の記載と同じ住所を記入ください。

加入者の氏名、フリガナ、性別、生年月日を住民票の記載どおりに記入してください。  
(保険証にはフリガナが記載されますので、省略せず必ず記入してください)

組合員本人のみの場合は1の欄に、ご家族も加入の場合は2以下の欄に続けて記入してください。  
本人が、すでに加入している場合には、ご家族を1の欄から記入してください。  
(本人の氏名は記入不要)

続柄欄は、組合員本人は本人、ご家族は本人からみた続柄(妻、子、父、母…)を記入してください。

加入区分は  
1: 本人  
→組合員本人の加入  
2: 家族  
→ご家族の加入のいずれかに○をしてください。

事由は以前に加入していた保険が  
転入→市町村国保  
社保離脱→社会保険・共済  
その他→その他の保険組合・不明のいずれかに○をしてください。

**必ず院長先生の署名と捺印が必要となります。**

医療法人の場合であっても、法人印でなく、院長先生の個人印をお願いします。

甲乙兼用 大阪府歯科医師会 国民健康保険組合 被保険者資格取得届

◎太線の中のみ黒のボールペンで記入してください。

性別	年齢	職業	加入区分
男	1	1: 歯科医師 2: 歯科助手 3: 歯科衛生士 4: その他	1: 医療法人 2: 個人(国保) 3: 個人

診療所所在地 電話番号

資格取得する者の現住所 電話番号

加入区分	続柄	性別	生年月日	資格取得日	事由	備考
1		男/女	年 月 日	年 月 日	転入 社保離脱 その他	
2		男/女	年 月 日	年 月 日	転入 社保離脱 その他	
3		男/女	年 月 日	年 月 日	転入 社保離脱 その他	
4		男/女	年 月 日	年 月 日	転入 社保離脱 その他	
5		男/女	年 月 日	年 月 日	転入 社保離脱 その他	

上記の通り住民票(3ヵ月以内、家族加入の場合は続柄記載有)を添付しお届けします。  
※住民票は分冊です。市町村から発行された形のまま添付

当組合加入する以前に加入の医療保険を、下記にご記入いただく被保険者証(コピー)を添付して下さい。  
※法人の場合は法人名もご記入願います。

保険種類 国保・社保・共済・その他( )  
保険者名  
記号番号

診療所名  
甲種組合員氏名

大阪府歯科医師会国民健康保険組合理事長 殿  
受付係 被保険者証交付 受領印

医療支部長 署名 捺印  
山 田 氏  
記入不要

**住民票について**

住民票は続柄の記載のある3ヶ月以内のもので、分離せず、市町村から発行された状態のまま添付ください。  
(外国籍の方は国籍・在留資格・在留期間の記載のある住民票を添付ください。)

※加入地域外のため、ご加入できない市町村がございます。

※就学のために、ご家族と本人の住民票住所が別の場合や、同じ住所であるが世帯が別の場合も、組合までお問い合わせください。

**資格取得日は、資格取得届と住民票が不備なく、組合に到着した日となります。**  
※保険料の控除はひと月遅れとなります。

●取得日を遡りたい場合  
『加入していた保険組合発行の喪失証明書』の原本を同時に添付ください。資格喪失日に遡って、ご加入いただけます。

●取得日を先日付にしたい場合  
希望日までに不備なく到着させていただき、取得日をご記入いただくか、取得希望日を記載したメモを同封ください。

※厚生年金をかけている事業所については、『健康保険被保険者適用除外承認申請書』を同時に提出してください。この場合、原則、厚生年金をかけた日と資格取得日は同じになります。  
(厚生年金をかけない方は到着日加入で、「不要届」が必要です。)