

資格取得届の記入の仕方

・甲種組合員本人の加入の場合

1：管理→大阪府歯科医師会に第Ⅰ種でご登録の先生
2：勤務→大阪府歯科医師会に第Ⅱ種でご登録の先生のいずれかに○をしてください。

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。

届出をした住所を省略なく記入してください。

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と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)

組合員本人を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。

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。

以前に加入していた保険について記入いただくか、被保険者証のコピーを添付してください。

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。

氏名	フリガナ	性別	生年月日	資格取得日	事由
1		男・女	年 月 日	年 月 日	・転入 ・転出 ・その他
2		男・女	年 月 日	年 月 日	・転入 ・転出 ・その他
3		男・女	年 月 日	年 月 日	・転入 ・転出 ・その他
4		男・女	年 月 日	年 月 日	・転入 ・転出 ・その他
5		男・女	年 月 日	年 月 日	・転入 ・転出 ・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。
※住民票は分離せず、市町村から発行された形のまま添付

平成 年 月 日

当組合を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か被保険者証(コピー)を添付して下さい。

保険種類 国保・社保・共済・その他()

保険者名

記号番号

大阪府歯科医師会国民健康保険組合理事長 殿

受付 月 日 被保険者証交付 受領印

関係 月 日

診療所名

甲種組合員氏名

※法人の場合は法人名もご記入願います。

※甲種組合員本人の加入については下欄に国保支部長署名・捺印をお願い致します。

国保支部長 署名 捺印

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須となります。
医療法人の場合であっても、法人印ではなく、院長先生の個人印をお願いします。

必ず国保支部長先生の署名と捺印が必須となります。

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』を同時にご提出ください。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。)