

# 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

被保険者証記号番号										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	4	年	0	4	月	0	1	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		
(フリガナ) コクホ タロウ <b>国保 太郎 (組合員本人)</b>	本人	男 昭 平 令	4	0	0	4	0	1	種類 国保 社保・共済・その他 名称 大阪市
(フリガナ) コクホ ハナコ <b>国保 花子 (家族)</b>	妻	男 昭 平 令	4	1	0	5	0	1	種類 国保 社保・共済・その他 名称 大阪市
(フリガナ) コクホ ジロウ <b>国保 次郎 (家族)</b>	子	男 昭 平 令	0	5	0	6	0	1	種類 国保 社保・共済・その他 名称 大阪市

### 【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）  
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
- 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従前の保険者の喪失証明書（出生以外の家族のみの加入の場合）
- 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）

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。	(個人印)	※ 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) 組合員の資格取得・喪失の場合は、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  
「番号の

※ 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

」で、  
です。)

① 加入、又は喪失する組合員の被保険者証記号番号、氏名及び個人番号（マイナンバー）

被保険者証記号番号 ※ 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 月 日

大阪府歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

組合員氏名

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。

※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)

※ 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	性別	生年月日	世帯関係	加入保険種別	扶養関係	加入保険者名
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 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 平成 41 年 5 月 1 日 令和	妻	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
2 家族	国保 次郎	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	昭和 平成 5 年 6 月 1 日 令和	子	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
3 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・社保・共済・その他	本人・扶養	全国健康保険協会 (協会けんぽ)
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 4 年 4 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

名を記載

## 【本確認書について】

国民健康保険法では、被保険者証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。