組合の加入に必要なもの

1. 被保険者資格取得届
2. 加入資格確認書
3. 今回加入する方の世帯全員分で続柄の記載した住民票
（加入しない家族がいる場合も必ず世帯全員分のものをお願いします。）
4. 今回加入する方の「マイナンバーカード」の両面のコピー　または
「マイナンバー通知カード」（住民票住所氏名と一致の場合のみ）のコピー
※　加入する方のマイナンバーが住民票に記載されている場合は不要です。
5. 従前の保険の資格喪失証明書（家族が退職等で追加加入する場合）
6. 保険料の納入・診療データ提供についての同意書（甲種組合員加入時のみ）

◎ 上記以外に組合から必要書類等の提出をお願いする場合があります。
◎ 上記のものを追跡のできる郵便（簡易書留・レターパック等）で当組合まで送付してください。

令和5年度　甲種組合員の保険料

被保険者区分	年齢区分	保険料（※注1）	介護保険料（※注2）	保険料合計	医療費の負担割合（※注4）
甲種組合員	下記以外の年齢	22,100 + 所得割	－	22,100 + 所得割	3割
	40～64歳	22,100 + 所得割	5,700	27,800 + 所得割	3割
	70歳以上	22,100 + 所得割	－	22,100 + 所得割	（※注3）2割
甲種組合員の家族	下記以外の年齢	9,300	－	9,300	3割
	40～64歳	9,300	5,700	15,000	3割
	70歳以上	9,300	－	9,300	（※注3）2割
	未就学児	9,300	－	9,300	2割
特別組合員（※注5）	75歳以上	3,500	－	3,500	－

✿ 保険料は、甲種組合員の先生にご家族や従業員等、診療所内分を一括して納めていただいております。県歯科医師会の会費と一緒に甲種組合員の銀行口座から引き落とされます。

（※注1）甲種組合員の保険料は、一定額のもの（均等割+後期高齢者支援金）と所得割からなります。 所得割は、診療報酬の平均月額の8/1000（上限25,000円）。毎年4月に、前々年１０月～前年９月までのデータを基に再計算し、原則として1年間同額です。新規開業等で当組合に加入する場合は6か月分の診療報酬のデータが組合に届いた翌月より徴収いたします。
（参照： 組合規約　第5章）

◎　ただし、介護保険料を除く保険料の世帯上限額は年間８４万円とし、超過分は所得割から減額調整します。

（※注2）40歳～64歳の方は介護保険料を納めていただきます。

（※注3）70歳以上の方で所得が一定額を超える場合は３割負担になります。

（※注4）入院時には医療費と別に食事負担として1食あたり460円が必要になります。

（※注5）甲種組合員であった方が75歳以上になりましたら、医療保険は後期高齢者医療制度に移行しますが、当組合の組合員資格を残すことができます（希望者のみ）。そうすることで、家族や従業員が、引き続き当組合に加入することができます。また、組合が提供する保健事業を受けることができます。
その場合、保険料は後期高齢者医療広域連合と当組合の双方に必要です。

✿ 記入見本説明

① 当組合に加入する日を記入。
出生による加入の場合は、出生年月日になります。

② 今回加入する方を記入。
（既に加入済みの方は記入不要です。）

③ これまで加入していた健康保険の状況を記入。

✿ こんな時はお届を！

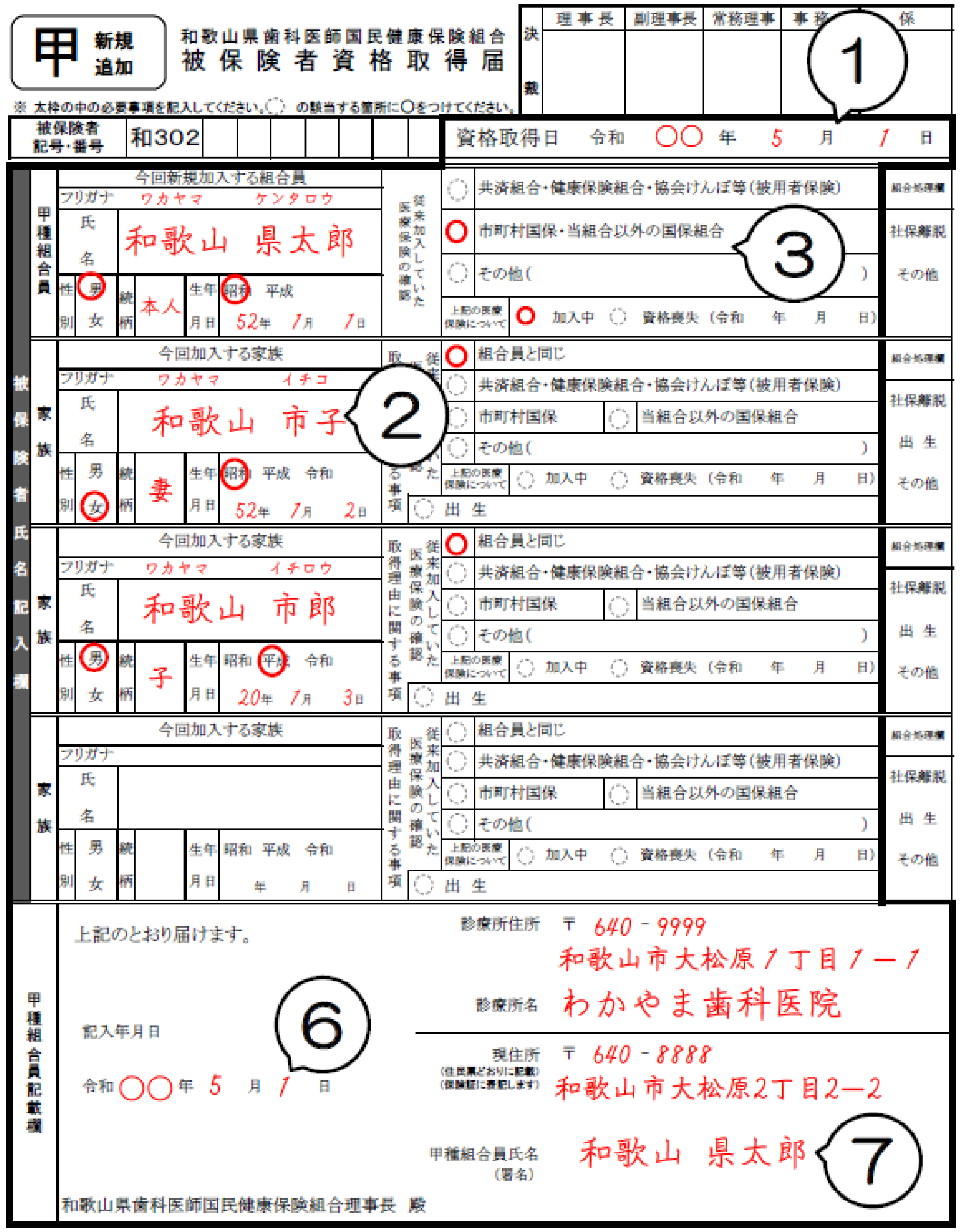
◎ 家族が就職等で他の保険に加入したとき。

◎ お子様が生まれたとき。

◎ 住所や氏名が変更したとき。

◎ ご家族のみが転居したとき。

和歌山県歯科医師国民健康保険組合
〒640-8287　和歌山市築港1丁目　4-7
和歌山県歯科医師会館内
TEL 073-422-3003
FAX 073-423-3063
月～金 9:00-17:00



甲　新規　追加

和歌山県歯科医師国民健康保険組合
被保険者資格取得届

決裁	理事長	副理事長	常務理事	事務	係

※ 太枠の中の必要事項を記入してください。○ の該当する箇所に○をつけてください。

被保険者記号・番号　和302

資格取得日　令和　○○　年　5　月　1　日　①

被保険者氏名記入欄

甲種組合員　今回新規加入する組合員
フリガナ　ワカヤマ　ケンタロウ
氏名　和歌山　県太郎
性別　[✓ 男]　女　続柄　本人　生年月日　[✓ 昭和]　平成　52年　1月　1日
従来加入していた医療保険の確認
○ 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ等（被用者保険）
● 市町村国保・当組合以外の国保組合　③
○ その他（　　）
上記の医療保険について　● 加入中　○ 資格喪失（令和　年　月　日）
組合処理欄　社保離脱　その他

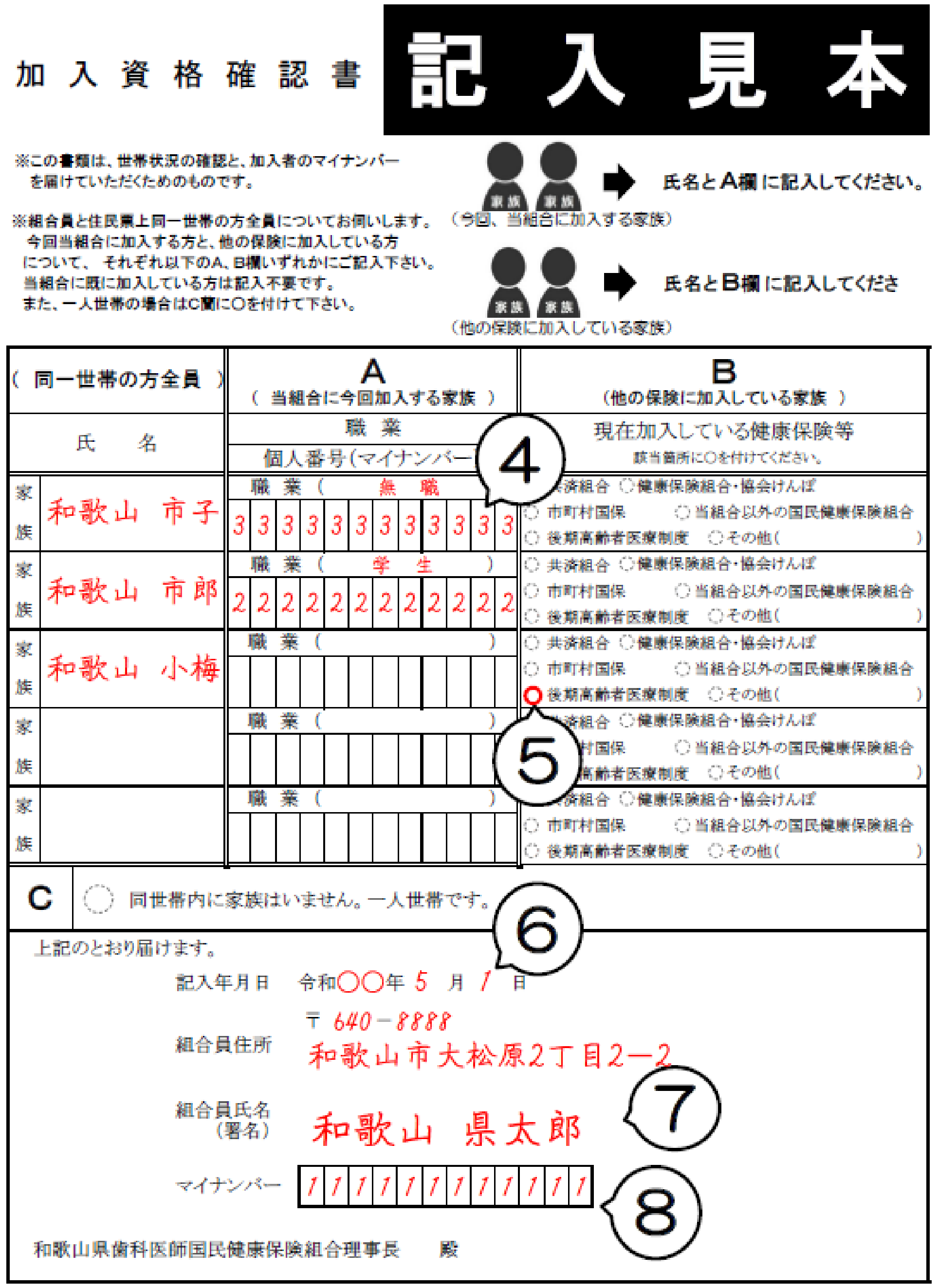
家族　今回加入する家族
フリガナ　ワカヤマ　イチコ
氏名　和歌山　市子　②
性別　男　[✓ 女]　続柄　妻　生年月日　[✓ 昭和]　平成　令和　52年　1月　2日
取得理由に関する事項　従来加入していた医療保険の確認
● 組合員と同じ
○ 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ等（被用者保険）
○ 市町村国保　○ 当組合以外の国保組合
○ その他（　　）
上記の医療保険について　○ 加入中　○ 資格喪失（令和　年　月　日）
○ 出生
組合処理欄　社保離脱　出生　その他

家族　今回加入する家族
フリガナ　ワカヤマ　イチロウ
氏名　和歌山　市郎
性別　[✓ 男]　女　続柄　子　生年月日　昭和　[✓ 平成]　令和　20年　1月　3日
取得理由に関する事項　従来加入していた医療保険の確認
● 組合員と同じ
○ 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ等（被用者保険）
○ 市町村国保　○ 当組合以外の国保組合
○ その他（　　）
上記の医療保険について　○ 加入中　○ 資格喪失（令和　年　月　日）
○ 出生
組合処理欄　社保離脱　出生　その他

家族　今回加入する家族
フリガナ
氏名
性別　男　女　続柄　生年月日　昭和　平成　令和　年　月　日
取得理由に関する事項　従来加入していた医療保険の確認
○ 組合員と同じ
○ 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ等（被用者保険）
○ 市町村国保　○ 当組合以外の国保組合
○ その他（　　）
上記の医療保険について　○ 加入中　○ 資格喪失（令和　年　月　日）
○ 出生
組合処理欄　社保離脱　出生　その他

甲種組合員記載欄
上記のとおり届けます。
記入年月日　令和　○○　年　5　月　1　日　⑥
診療所住所　〒　640－9999
和歌山市大松原１丁目１－１
診療所名　わかやま歯科医院
現住所（住民票どおりに記載）（保険証に表記します）　〒　640－8888
和歌山市大松原2丁目2－2
甲種組合員氏名（署名）　和歌山　県太郎　⑦
和歌山県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

※ 組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外に使用することはありません。



加入資格確認書　記入見本

※この書類は、世帯状況の確認と、加入者のマイナンバーを届けていただくためのものです。

※組合員と住民票上同一世帯の方全員についてお伺いします。
今回当組合に加入する方と、他の保険に加入している方について、それぞれ以下のA、B欄いずれかにご記入下さい。
当組合に既に加入している方は記入不要です。
また、一人世帯の場合はC欄に○を付けて下さい。

（今回、当組合に加入する家族）→ 氏名とA欄に記入してください。
（他の保険に加入している家族）→ 氏名とB欄に記入してくださ

（同一世帯の方全員）氏名	A（当組合に今回加入する家族）職業 個人番号（マイナンバー）	B（他の保険に加入している家族）現在加入している健康保険等 該当箇所に○を付けてください。
家族　和歌山　市子	職業（　無　職　）④ 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	○ 共済組合 ○ 健康保険組合・協会けんぽ ○ 市町村国保 ○ 当組合以外の国民健康保険組合 ○ 後期高齢者医療制度 ○ その他（　）
家族　和歌山　市郎	職業（　学　生　） 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	○ 共済組合 ○ 健康保険組合・協会けんぽ ○ 市町村国保 ○ 当組合以外の国民健康保険組合 ○ 後期高齢者医療制度 ○ その他（　）
家族　和歌山　小梅	職業（　）	○ 共済組合 ○ 健康保険組合・協会けんぽ ○ 市町村国保 ○ 当組合以外の国民健康保険組合 ● 後期高齢者医療制度 ○ その他（　）⑤
家族	職業（　）	○ 共済組合 ○ 健康保険組合・協会けんぽ ○ 市町村国保 ○ 当組合以外の国民健康保険組合 ○ 後期高齢者医療制度 ○ その他（　）
家族	職業（　）	○ 共済組合 ○ 健康保険組合・協会けんぽ ○ 市町村国保 ○ 当組合以外の国民健康保険組合 ○ 後期高齢者医療制度 ○ その他（　）

C　○ 同世帯内に家族はいません。一人世帯です。

上記のとおり届けます。
記入年月日　令和○○年　5　月　1　日　⑥
組合員住所　〒　640－8888
和歌山市大松原2丁目2－2
組合員氏名（署名）　和歌山　県太郎　⑦
マイナンバー　1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1　⑧
和歌山県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

✿ 記入見本説明

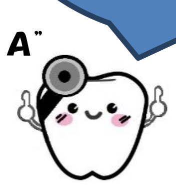
④ 当組合に加入する家族の氏名、マイナンバー、職業を記入。

⑤ 当組合に加入しない家族（他の保険に加入している）の氏名、医療保険を記入。

⑥ 書類を記入した日付。

⑦ 甲種組合員が署名してください。

⑧ 甲種組合員のマイナンバーを記入。

✿ ご家族の中で、当組合に加入する方はA欄！
加入しない方はB欄にご記入ください！