

## 和歌山県歯科医師国民健康保険組合 乙種組合員資格取得について

◎ 資格の取得、喪失等の手続きは雇用主である甲種組合員を通してお願いいたします。

### 【 乙種組合員加入の条件について 】

1. 甲種組合員の診療所で、常時雇用されていること（フルタイムの3/4以上の勤務）。
2. 住民票住所が、和歌山県・大阪府・奈良県・三重県のいずれかにあること。
3. 国保以外の保険の適用を受けないこと。
4. 同一世帯内に市町村国保加入の家族がいる場合、その家族も一緒に当組合へ加入する意があること。

### 【 乙種組合員家族の加入の条件について 】

乙種組合員と同一世帯の方で、他の制度の保険の適用を受けられないとき。

- ※ 他の家族の扶養家族になれる場合には当組合へ加入できません。  
学生で、組合員と世帯を分離している場合は、組合までご相談ください。

### 【 資格取得に必要なもの】

1. 被保険者資格取得届
2. 加入資格確認書（乙種組合員が記入）
3. 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や、一人世帯の場合でも「世帯全員」と指定してください。
4. 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可）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. 法人等の社会保険適用事業所へ就職した場合は、健康保険被保険者適用除外の手続きが必要です。詳しくは、組合ホームページ内の「健康保険適用除外について」をご覧ください。
6. 従前の保険の資格喪失証明書  
※ 乙種組合員が資格取得するときは不要です。同一世帯の家族が、社会保険等を資格喪失し、組合員の家族として加入する場合に必要です。用意できない場合は、当組合で電子的確認を行います。手続きに時間を要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。

### 【 注意事項 】

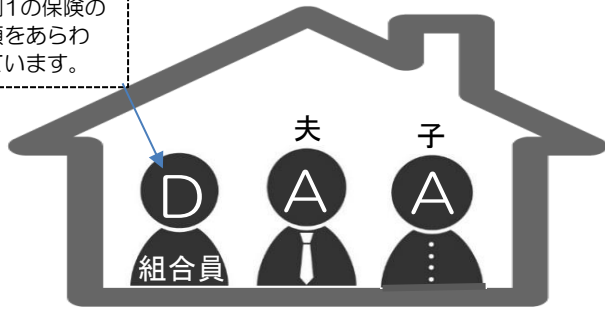
乙種組合員とその家族に対する歯科の給付は他家診療（勤め先の歯科医院以外での診療）のみに限らせていただいております。  
勤め先の歯科医院での治療には、この保険は使えません。

これまで加入していた医療保険の資格喪失の手続きをしてください。  
市町村国保に加入している場合は、当組合の被保険者証が届いてから、それを持って、役場で資格喪失の手続きをしてください。  
また、国民年金の加入手続きは当組合ではできませんので、各自で行ってください。

# ひとつの世帯に、国保組合と、市町村国保の混在はできません。

※国保組合と国保組合は混在できます。

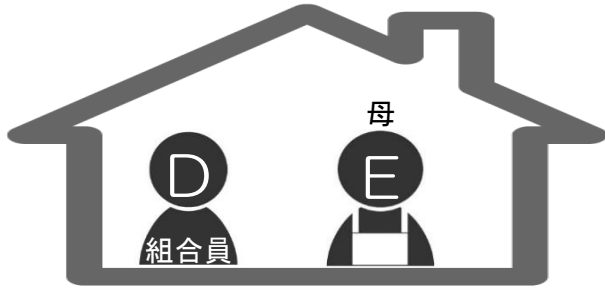
※図1の保険の種類をあらわしています。



## 例①：サラリーマン家庭のケース。

組合員は夫と子供の3人暮らし。  
夫は健康保険に加入し、  
子供が夫の保険の扶養に入っている。

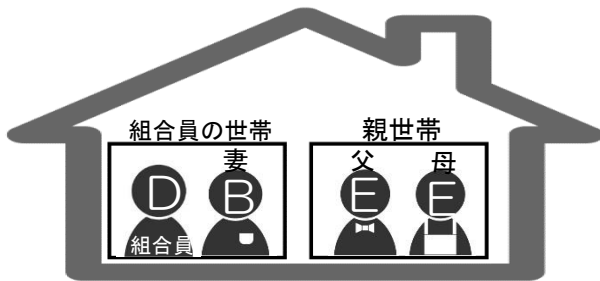
○ 加入できます。



## 例②：家族に市町村国保加入者がいるケース。

組合員は母と2人暮らし。  
組合員の母が市町村国保に  
加入している。

✕ このままではDさんは加入できません。  
お母様も一緒に当組合に加入して  
いただければ、加入できます。



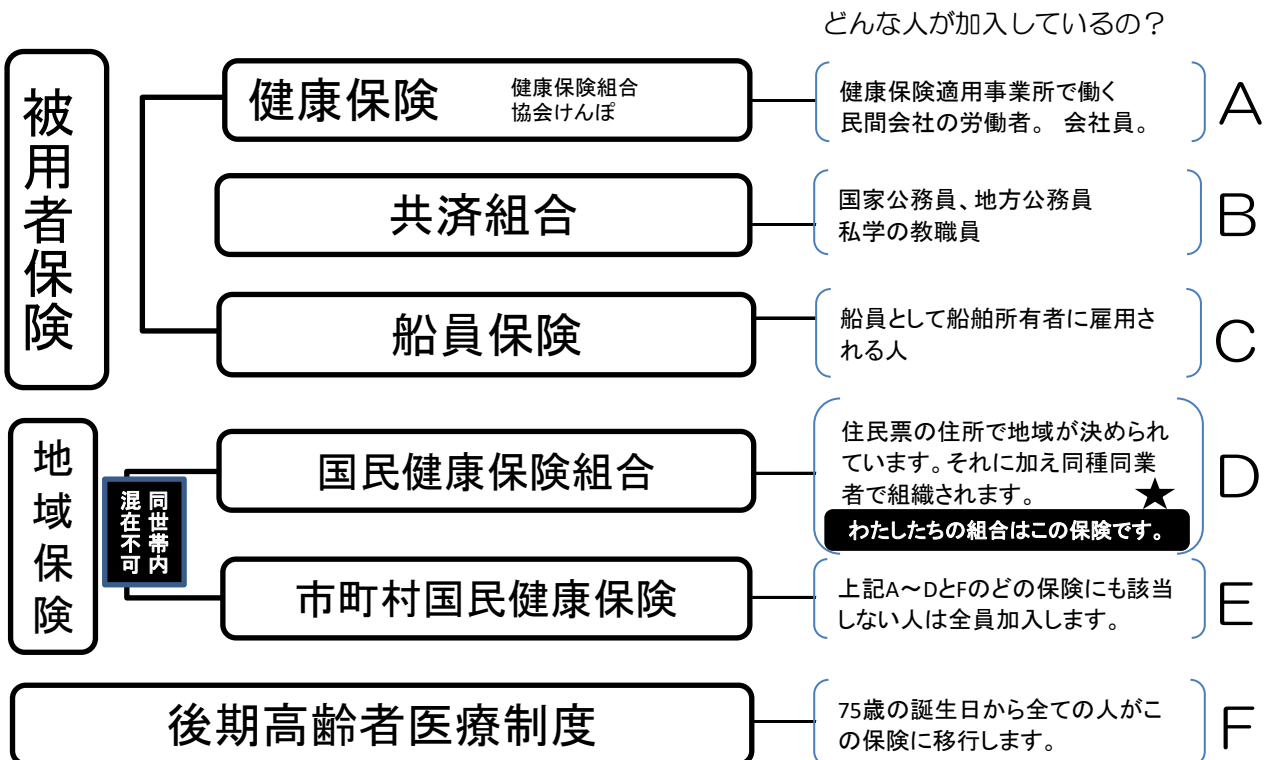
## 例③：家族に市町村国保加入者いる場合でも、その家族と世帯が分かれているケース。

組合員は妻と自分の両親と4人暮らし。  
妻は共済組合に加入している。  
両親は市町村国保に加入しているが、  
住民票上で世帯を分離している。

○ 加入できます。

※図1

## 保険の種類について



乙 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	理事長	副理事長	常務理事	事務長	係
裁					

※ 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	月	日
---------------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	----	---	---	---

組合員	今回新規加入する従業員								職種 歯科医師・技工士・衛生士・歯科助手・事務・その他( )								
	フリガナ									医療 保険の 確認	<input type="radio"/> 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ等(被用者保険)						組合処理欄
	氏名										<input type="radio"/> 市町村国保・当組合以外の国保組合						社保離脱
	性 別	男 女	続 柄	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日			<input type="radio"/> その他( )						その他
								取得 理由 に 関 す る 事 項	上記の医療 保険について								
今回加入する家族									<input type="radio"/> 組合員と同じ						組合処理欄		
フリガナ									<input type="radio"/> 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ等(被用者保険)						社保離脱		
被 保 険 者 氏 名 記 入 欄	氏名								<input type="radio"/> 市町村国保						出生		
	性 別	男 女	続 柄	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	<input type="radio"/> その他( )						その他		
									上記の医療 保険について								
									<input type="radio"/> 加入中						<input type="radio"/> 資格喪失 (令和 年 月 日)		
今回加入する家族								<input type="radio"/> 出生									
フリガナ								<input type="radio"/> 組合員と同じ						組合処理欄			
氏名								<input type="radio"/> 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ等(被用者保険)						社保離脱			
性 別	男 女	続 柄	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	<input type="radio"/> 市町村国保						出生			
								<input type="radio"/> 当組合以外の国保組合						その他			
								<input type="radio"/> その他( )									
								上記の医療 保険について									
								<input type="radio"/> 加入中						<input type="radio"/> 資格喪失 (令和 年 月 日)			
								<input type="radio"/> 出生									
今回加入する家族								<input type="radio"/> 組合員と同じ						組合処理欄			
フリガナ								<input type="radio"/> 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ等(被用者保険)						社保離脱			
氏名								<input type="radio"/> 市町村国保						出生			
性 別	男 女	続 柄	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	<input type="radio"/> 当組合以外の国保組合						その他			
								<input type="radio"/> その他( )									
								上記の医療 保険について									
								<input type="radio"/> 加入中						<input type="radio"/> 資格喪失 (令和 年 月 日)			
								<input type="radio"/> 出生									

上記の者の被保険者資格取得事務を、  
下記の甲種組合員に一任いたします。

組合員住所 〒 -  
(住民票どおりに記載)

組合員氏名 (署名)  
記入年月日 令和 年 月 日

当診療所は上記の組合員を常時雇用している  
(又は雇用見込みである)ことを証明し、  
この者またはその家族の被保険者資格取得を  
届けます。

診療所住所 〒 -

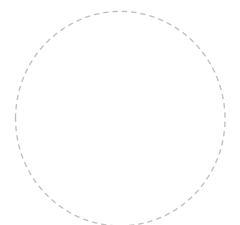
診療所名

甲種組合員氏名 (署名)  
記入年月日 令和 年 月 日

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、組合業務の目的以外に使用することはありません。

処理欄	添付書類	登録1	Cリスト	登録2	証発行	台帳記入



# 加入資格確認書

乙種組合員(従業員)世帯について届ける場合は、必ず、乙種組合員が記入し、専用封筒に入れて、他人(事業主含む)の目に触れないようにして、甲種組合員に渡してください。

※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。



氏名とA欄に記入してください。

※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。当組合に既に入っ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)

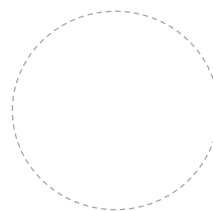


氏名とB欄に記入してください。

(他の保険に加入している家族)

( 同一世帯の方全員 )		A ( 当組合に今回加入する家族 )	B ( 他の保険に加入している家族 )
氏名		職業 個人番号(マイナンバー)	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		職業 ( ) 	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・協会けんぽ <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 当組合以外の国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他( )
家族		職業 ( ) 	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・協会けんぽ <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 当組合以外の国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他( )
家族		職業 ( ) 	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・協会けんぽ <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 当組合以外の国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他( )
家族		職業 ( ) 	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・協会けんぽ <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 当組合以外の国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他( )
家族		職業 ( ) 	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・協会けんぽ <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 当組合以外の国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他( )
C		<input type="checkbox"/> 同一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   月   日	
組合員住所		〒   ー	
組合員氏名 (署名)			
マイナンバー			
和歌山県歯科医師国民健康保険組合理事長   殿			

※国保法では、国保は世帯単位での加入であり、社会保険等の加入者を除いて、同一世帯に属するものは当該国保の被保険者として定められています。そのため、一つの世帯内に市区町村国保と組合国保が混在できません。(国保組合どうしは可。) 同一世帯内に、市区町村国保に加入中の家族がいる場合、家族と共に当組合に加入するか、家族と共に市区町村国保に加入しなくてはなりません。当組合では、被保険者資格の適正化のために、加入や住所等変更時に同一世帯内家族の医療保険の加入状況を確認させていただいております。ご協力お願いいたします。  
 ※【個人番号の利用目的について】当組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します。



従業員さんのための  
マイナンバー保護専用封筒

次の書類をこの封筒へ入れて、  
甲種組合員(事業主)へお渡しください。

甲種組合員の先生は、封をしたまま、  
資格取得届等他の資格取得に必要な書類  
と一緒に組合へ提出してください。

- 加入資格確認書
- マイナンバーカード等のコピー
- 住民票(世帯全員分、続柄記載)

乙種組合員 氏名

和歌山県歯科医師国民健康保険組合

の  
り  
し  
ろ

----- の線で切り取って  
ご利用ください。