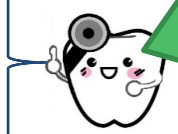
組合の加入に必要なもの

1. 被保険者資格取得届
2. 加入資格確認書（必ず従業員の方本人が記入してください。）
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。

※　法人等 健康保険適用事業所へ就職の場合は、健康保険被保険者適用除外の手続きが必要です。
（　申請期間は原則採用の日から5日以内　）

◎ 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。



✿ 2、3、4 は、
乙種組合員（従業員）本人が自身で、専用封筒に入れ、封をして
甲種組合員にお渡しください。

令和5年度　乙種組合員の保険料

被保険者区分	年齢区分	保険料	介護保険料（※注1）	保険料合計	医療費の負担割合（※注3）
乙種組合員（従業員）	下記以外の年齢	15,200	−	15,200	3割
	40～64歳	15,200	4,500	19,700	3割
	70歳以上	15,200	−	15,200	（※注2）　2割
乙種組合員の家族（従業員の家族）	下記以外の年齢	6,800	−	6,800	3割
	未就学	6,800	−	6,800	2割
	40～64歳	6,800	4,500	11,300	3割
	70歳以上	6,800	−	6,800	（※注2）　2割

（※注1）40歳～64歳の方は介護保険料を納めていただきます。

（※注2）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3）入院時には医療費と別に食事負担として1食あたり460円が必要です。

✿ 保険料は、診療所内分を一括して、甲種組合員（事業主）が組合に納めます。
加入している家族が就職等で他の保険に加入した場合等、
すぐに甲種組合員に申し出て、組合に連絡をしてもらってください。

✿ 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 乙種組合員の職種を記入。

③ 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。）

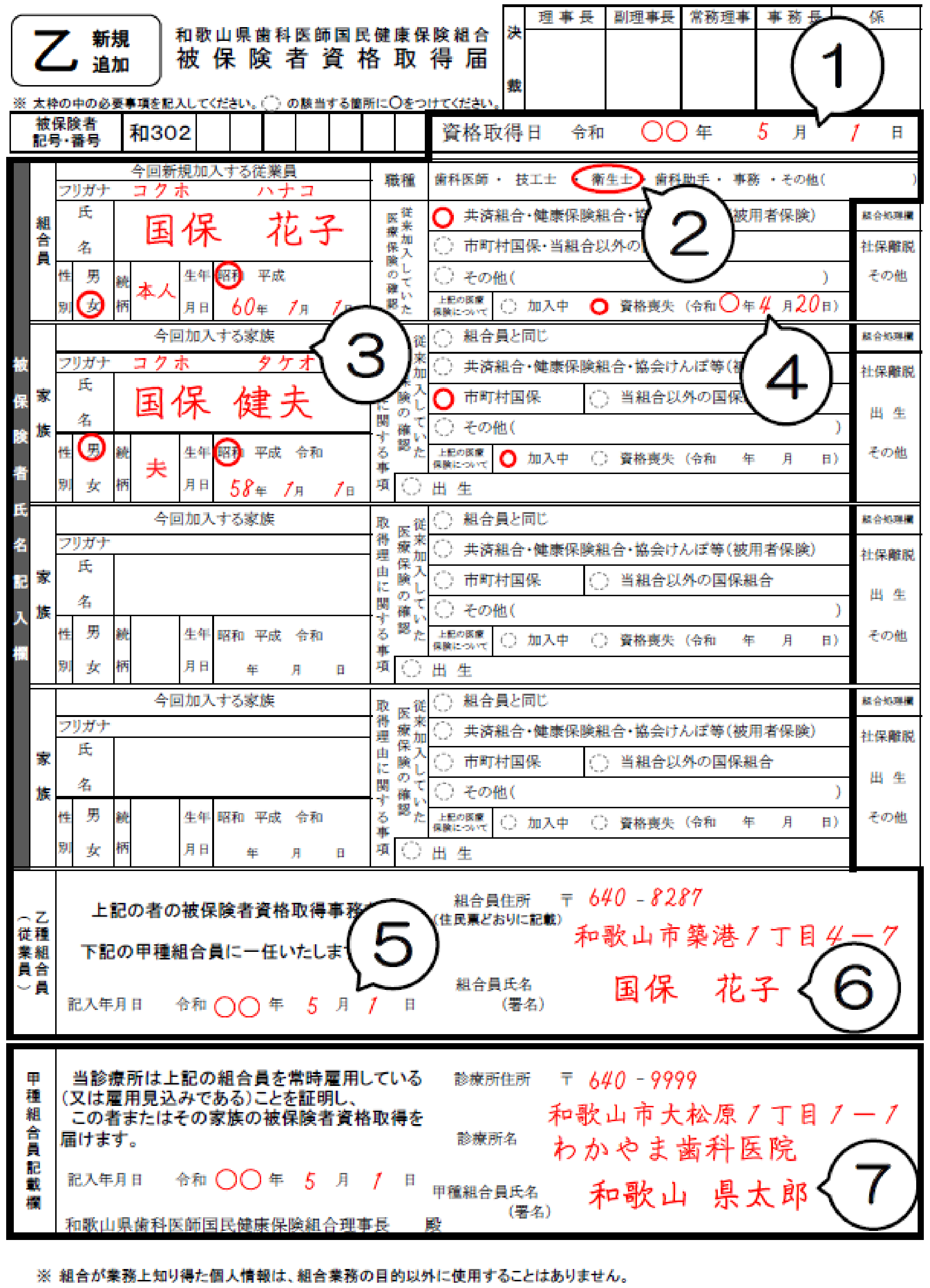
④ これまで加入していた健康保険の状況を記入。

⑤ 書類を記入した日付。

⑥ 乙種組合員が署名してください。

⑦ 必ず甲種組合員が資格取得届の内容を確認し、署名してください。

✿ 特に、①資格取得日、②職種、⑥⑦署名欄に記入漏れが多いのでご注意ください。



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

決裁	理事長	副理事長	常務理事	事務長	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　〇〇 年　5 月　1 日　①

職種　歯科医師・技工士・[✓ 衛生士]・歯科助手・事務・その他(　　)　②

被保険者氏名記入欄

組合員　今回新規加入する従業員
フリガナ　コクホ　ハナコ
氏名　国保　花子
性別　男 [✓ 女]　続柄　本人　生年月日　[✓ 昭和] 平成　60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]　被用者保険)
○ 市町村国保・当組合以外の
○ その他(　　)
上記の医療保険について　○ 加入中　[✓ 資格喪失]（令和 〇 年 4 月 20 日）　④
組合処理欄　社保離脱　その他

家族　今回加入する家族　③
フリガナ　コクホ　タケオ
氏名　国保　健夫
性別　[✓ 男] 女　続柄　夫　生年月日　[✓ 昭和] 平成 令和　58年　1月　1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
[✓ 市町村国保]　○ 当組合以外の国保
○ 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

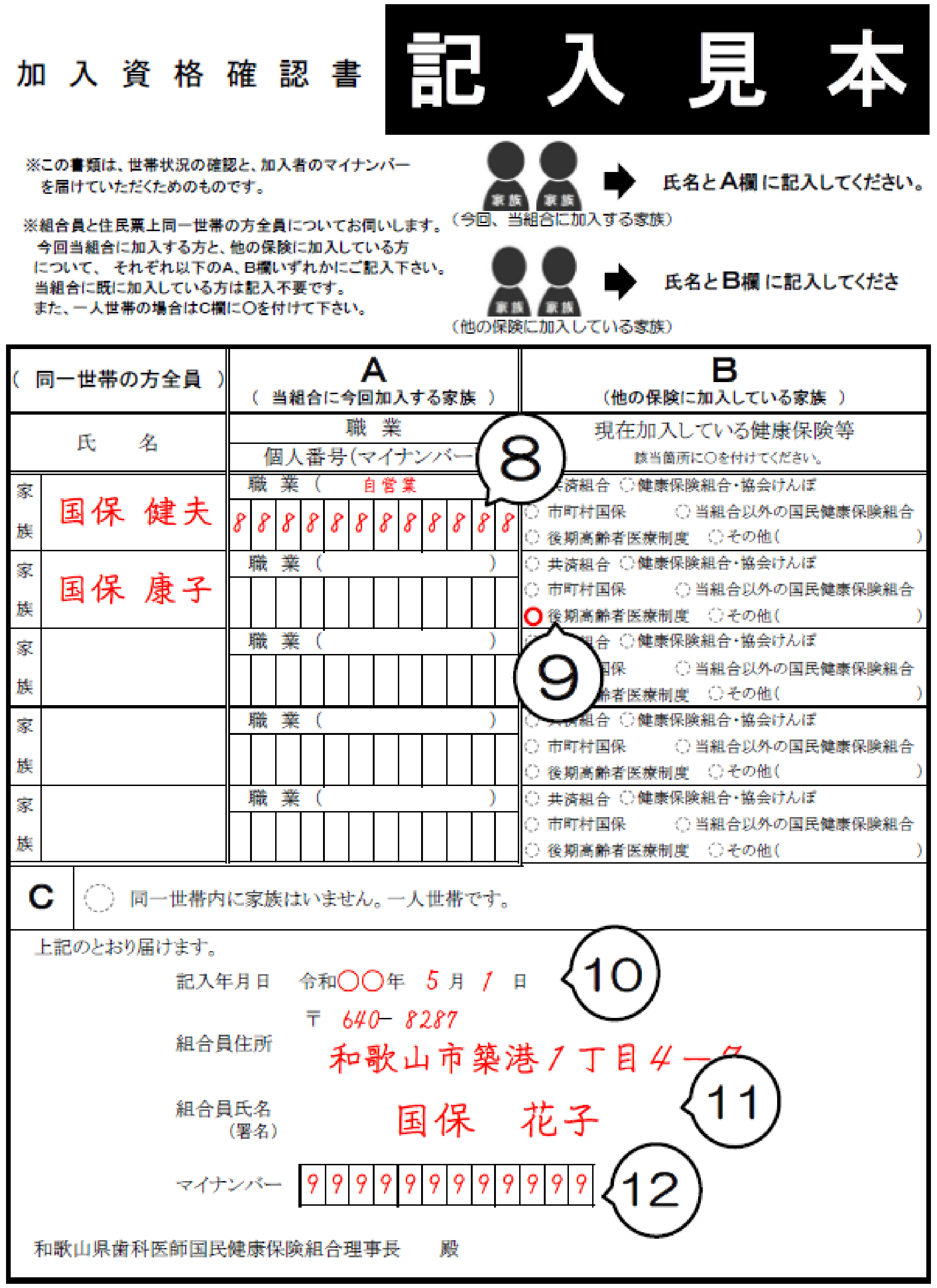
家族　今回加入する家族
フリガナ
氏名
性別　男 女　続柄　生年月日　昭和 平成 令和　年　月　日
取得理由に関する事項 / 従来加入していた医療保険の確認
○ 組合員と同じ
○ 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ等(被用者保険)
○ 市町村国保　○ 当組合以外の国保組合
○ その他(　　)
上記の医療保険について　○ 加入中　○ 資格喪失（令和　年　月　日）
○ 出生
組合処理欄　社保離脱　出生　その他

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

乙種組合員（従業員組合員）
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　⑤
記入年月日　令和　〇〇 年　5 月　1 日
組合員住所（住民票どおりに記載）　〒 640-8287
和歌山市築港1丁目4－7
組合員氏名（署名）　国保　花子　⑥

甲種組合員記載欄
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。
記入年月日　令和　〇〇 年　5 月　1 日
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
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欄に〇を付けて下さい。

家族 家族（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。

家族 家族（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 該当箇所に〇を付けてください。
家族　国保 健夫	職業（自営業） 888888888888	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　国保 康子	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（　）	合 ○ 健康保険組合・協会けんぽ 国保 ○ 当組合以外の国民健康保険組合 齢者医療制度 ○ その他(　)
家族	職業（　）	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(　)

⑧ ⑨

C　○ 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　令和〇〇年　5 月　1 日　⑩
組合員住所　〒 640-8287
和歌山市築港1丁目4－7
組合員氏名（署名）　国保　花子　⑪
マイナンバー　999999999999　⑫
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

⑧ 当組合に**加入する家族の氏名、マイナンバー、職業**を記入。

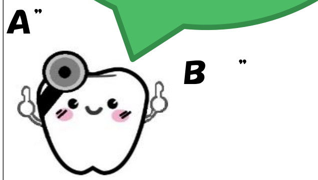
⑨ 当組合に**加入しない家族（他の保険に加入している）の氏名、医療保険**を記入。

⑩ 書類を記入した日付。

⑪ 乙種組合員が署名してください。

⑫ 乙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！



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