

## 和歌山県歯科医師国民健康保険組合 甲種組合員資格取得について

### 【 甲種組合員新規加入の条件について 】

1. 和歌山県歯科医師会の会員であること。
2. 個人診療所を開業している、または診療所に勤務等歯科医師としての業務を行っていること。  
※法人診療所の代表者は、新規で加入できません。
3. 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。
4. 国保以外の保険の適用を受けないこと。  
勤務している方は、勤務先での保険に加入できない場合に限りです。
5. 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思があること。

### 【 甲種組合員家族の加入の条件について 】

甲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ないとき。

- ※ 他の家族の扶養家族になれる場合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
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. 従前の保険の資格喪失証明書  
※ 甲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場合があります。
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。

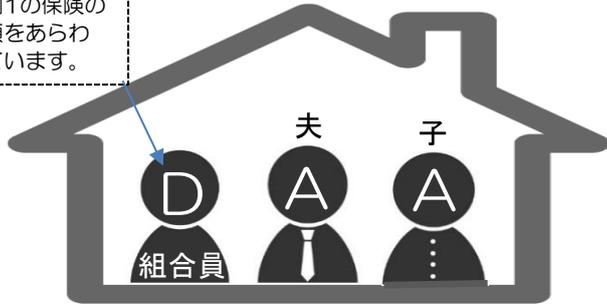
### 【 注意事項 】

- 自己の診療所や、勤務先での歯科診療は保険給付の対象外です。他家診療（自己の診療所以外での歯科診療）は給付します。
- マイナ保険証をお持ちの方は、資格情報のお知らせがお手元に届いてからマイナンバーカードにより受診できます。  
マイナ保険証をお持ちでない方には、資格確認書を交付いたします。

# 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。

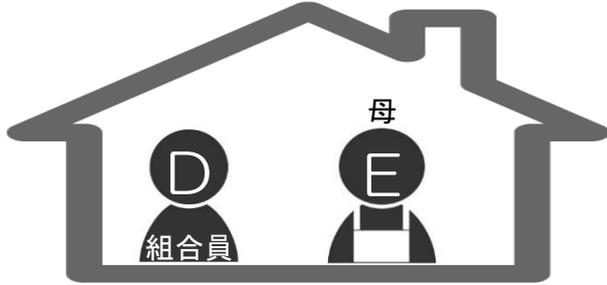
※図1の保険の種類をあらわしています。



## 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。

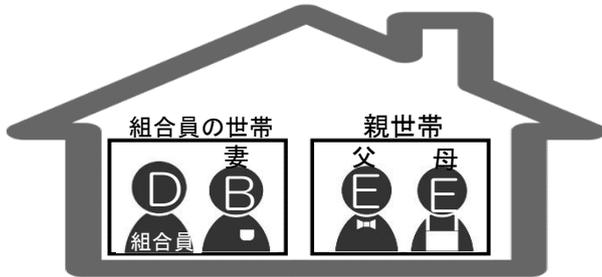
○ 加入できます。



## 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。



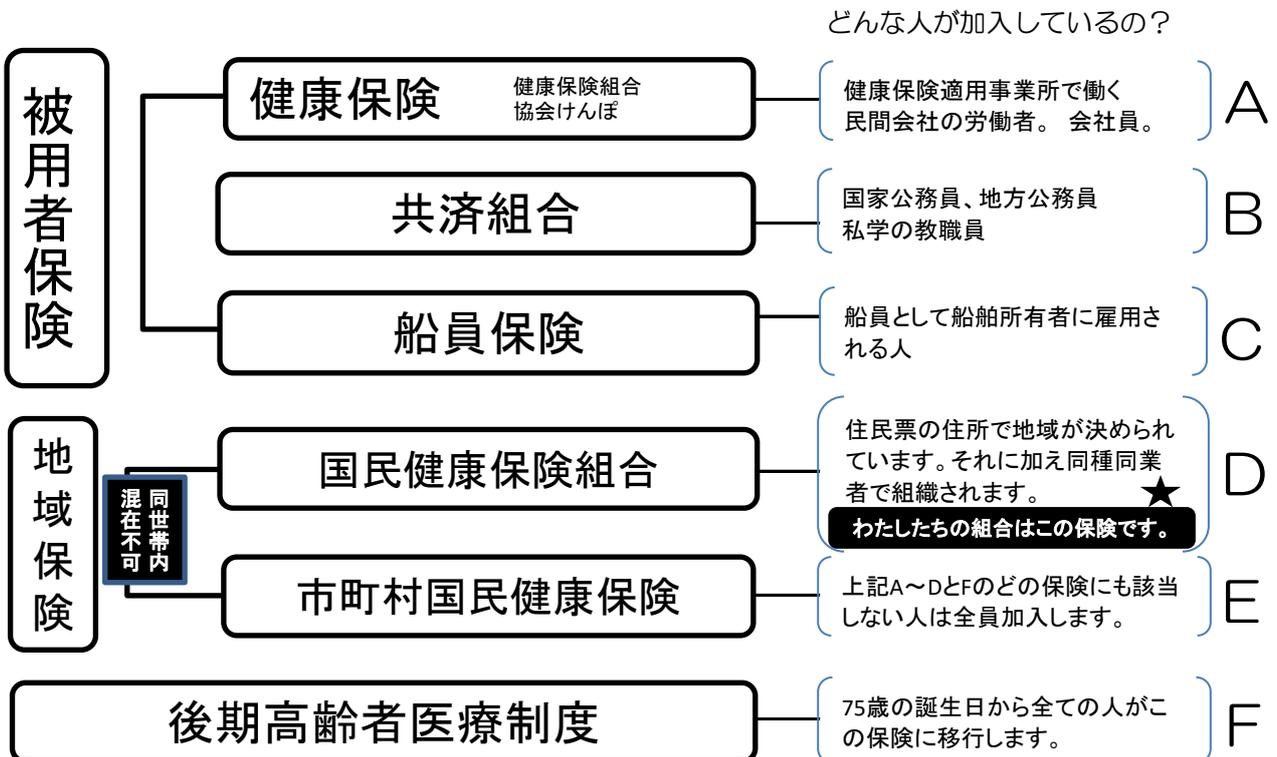
## 例③：家族に市町村国保加入者いる場合でも、その家族と世帯が分かれているケース。

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



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 | 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<br>記号・番号 | 和302 |  |  |  |  |  |  | 資格取得日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|---------------|------|--|--|--|--|--|--|-------|----|---|---|---|

|           |             |          |    |    |    |    |                 |   |   |   |       |
|-----------|-------------|----------|----|----|----|----|-----------------|---|---|---|-------|
| 甲種組合員     | 今回新規加入する組合員 |          |    |    |    |    |                 | 従来加入していた<br>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   |       |
|           | フリガナ        |          |    |    |    |    |                 |   | <input type="radio"/> 市町村国保・当組合以外の国保組合          | 社保離脱  |       |
|           | 氏名          |          |    |    |    |    |                 |   | <input type="radio"/> その他( )                    | その他   |       |
|           | 性別          | 男        | 続柄 | 生年 | 昭和 | 平成 | 年月日             |   | 上記の医療<br>保険について                                 | <input type="radio"/> 加入中 <input type="radio"/> 資格喪失 (令和 年 月 日) | 有 無   |
| 被保険者氏名記入欄 | 家族          | 今回加入する家族 |    |    |    |    |                 |   | 取得理由に関する事項<br>従来加入していた<br>医療保険の確認               | <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 <input type="radio"/> 当組合以外の国保組合    | 出生    |
|           |             | 性別       | 男  | 続柄 | 生年 | 昭和 | 平成              | 令和<br>年月日   |   | <input type="radio"/> 出生 <input type="radio"/> その他( )           | その他   |
|           |             |          |    |    |    |    | 上記の医療<br>保険について | <input type="radio"/> 加入中 <input type="radio"/> 資格喪失 (令和 年 月 日) | 有 無   |   |       |
|           |             |          |    |    |    |    | マイナ保険証          | <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無                 | 有 無   |   |       |
| 家族        | 家族          | 今回加入する家族 |    |    |    |    |                 |   | 取得理由に関する事項<br>従来加入していた<br>医療保険の確認               | <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 <input type="radio"/> 当組合以外の国保組合    | 出生    |
|           |             | 性別       | 男  | 続柄 | 生年 | 昭和 | 平成              | 令和<br>年月日   |   | <input type="radio"/> 出生 <input type="radio"/> その他( )           | その他   |
|           |             |          |    |    |    |    | 上記の医療<br>保険について | <input type="radio"/> 加入中 <input type="radio"/> 資格喪失 (令和 年 月 日) | 有 無   |   |       |
|           |             |          |    |    |    |    | マイナ保険証          | <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無                 | 有 無   |   |       |
| 家族        | 家族          | 今回加入する家族 |    |    |    |    |                 |   | 取得理由に関する事項<br>従来加入していた<br>医療保険の確認               | <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 <input type="radio"/> 当組合以外の国保組合    | 出生    |
|           |             | 性別       | 男  | 続柄 | 生年 | 昭和 | 平成              | 令和<br>年月日   |   | <input type="radio"/> 出生 <input type="radio"/> その他( )           | その他   |
|           |             |          |    |    |    |    | 上記の医療<br>保険について | <input type="radio"/> 加入中 <input type="radio"/> 資格喪失 (令和 年 月 日) | 有 無   |   |       |
|           |             |          |    |    |    |    | マイナ保険証          | <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無                 | 有 無   |   |       |

|                       |             |  |  |  |  |  |  |                            |
|-----------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------|
| 甲種組合員記載欄              | 上記のとおり届けます。 |  |  |  |  |  |  | 診療所住所 〒 -                  |
|                       |             |  |  |  |  |  |  | 診療所名                       |
|                       | 記入年月日       |  |  |  |  |  |  | 現住所 〒 -                    |
|                       | 令和 年 月 日    |  |  |  |  |  |  | (住民票どおりに記載)<br>(保険証に表記します) |
|                       |             |  |  |  |  |  | 甲種組合員氏名<br>(署名)  |                            |
| 和歌山県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿 |             |  |  |  |  |  | マイナ保険証 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 |                            |

※ 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 | リスト | 登録2 | 証発行 | 台帳記入 |
|     |      |     |     |     |     |      |

