

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6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	-

◎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。

🌸 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8/1000(上限25,000円)。毎年4月に、前々年10月~前年9月までの診療報酬情報を基に再計算し、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か月分の診療報酬情報が組合に届いた翌月より徴収いたします。また、同一診療所に甲種組合員が2名以上いる場合は、主たる甲種組合員にのみ所得割が賦課されます。
(参照: 組合規約 第5章)

(※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。

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。
- 4 マイナ保険証の有無を記入。

こんな時はお届け！

- ◎ 家族が就職等で他の保険に加入したとき。
- ◎ 住所や氏名が変更したとき。
- ◎ ご家族のみが転居したとき。
- ◎ 従業員が退職したとき。

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

※ 本件の中の必要事項を記入してください。○の該当する箇所には○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 7日
甲種組合員	フリガナ ワカヤマ ケンタロウ 氏名 和歌山 県太郎	<input type="radio"/> 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ等(被用者保険) <input checked="" type="radio"/> 市町村国保・当組合以外の国保組合 <input type="radio"/> その他()	<input type="radio"/> 組合員と同じ <input checked="" type="radio"/> 市町村国保 <input type="radio"/> 当組合以外の国保組合 <input type="radio"/> 出生 <input type="radio"/> その他()
性	男	生年	昭和 平成 令和
別	本人	月日	52年 7月 7日
フリガナ	ワカヤマ イナコ	フリガナ	ワカヤマ イナコ
氏名	和歌山 市子	<input type="radio"/> 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ等(被用者保険) <input type="radio"/> 市町村国保 <input type="radio"/> 当組合以外の国保組合 <input type="radio"/> 出生 <input type="radio"/> その他()	<input type="radio"/> 組合員と同じ <input type="radio"/> 市町村国保 <input type="radio"/> 当組合以外の国保組合 <input type="radio"/> 出生 <input type="radio"/> その他()
性	女	生年	昭和 平成 令和
別	妻	月日	52年 7月 2日
フリガナ	ワカヤマ イナロウ	フリガナ	ワカヤマ イナロウ
氏名	和歌山 市郎	<input type="radio"/> 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ等(被用者保険) <input type="radio"/> 市町村国保 <input type="radio"/> 当組合以外の国保組合 <input type="radio"/> 出生 <input type="radio"/> その他()	<input type="radio"/> 組合員と同じ <input type="radio"/> 市町村国保 <input type="radio"/> 当組合以外の国保組合 <input type="radio"/> 出生 <input type="radio"/> その他()
性	男	生年	昭和 平成 令和
別	子	月日	20年 7月 3日
フリガナ		フリガナ	
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) <input type="radio"/> 市町村国保 <input type="radio"/> 当組合以外の国保組合 <input type="radio"/> 出生 <input type="radio"/> その他()	<input type="radio"/> 組合員と同じ <input type="radio"/> 市町村国保 <input type="radio"/> 当組合以外の国保組合 <input type="radio"/> 出生 <input type="radio"/> その他()
性	男	生年	昭和 平成 令和
別	子	月日	年 月 日
フリガナ		フリガナ	
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) <input type="radio"/> 市町村国保 <input type="radio"/> 当組合以外の国保組合 <input type="radio"/> 出生 <input type="radio"/> その他()	<input type="radio"/> 組合員と同じ <input type="radio"/> 市町村国保 <input type="radio"/> 当組合以外の国保組合 <input type="radio"/> 出生 <input type="radio"/> その他()
性	男	生年	昭和 平成 令和
別	子	月日	年 月 日

上記のとおり届けます。 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**

記入年月日 令和〇〇年 5月 7日 現住所 〒 640-8888
和歌山市大松原2丁目2-2

甲種組合員氏名 **和歌山 県太郎**
マイナ保険証 有 無

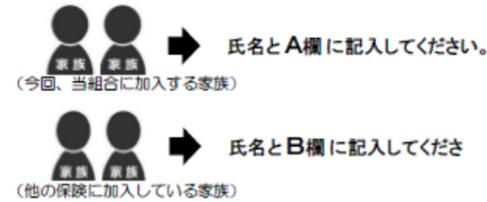
※ 組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外に使用することはありません。

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いただくためのものです。

※組合員と住民票上一世帯の方全員についてお伺いします。(今回、当組合に加入する家族) 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○をつけて下さい。



(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	現在加入している健康保険等 該当箇所に○をつけてください。
家族 和歌山 市子	職業 (無職)	<input type="radio"/> 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ <input type="radio"/> 市町村国保 <input type="radio"/> 当組合以外の国民健康保険組合 <input type="radio"/> 後期高齢者医療制度 <input type="radio"/> その他()
家族 和歌山 市郎	職業 (学生)	<input type="radio"/> 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ <input type="radio"/> 市町村国保 <input type="radio"/> 当組合以外の国民健康保険組合 <input type="radio"/> 後期高齢者医療制度 <input type="radio"/> その他()
家族 和歌山 小梅	職業 ()	<input type="radio"/> 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ <input type="radio"/> 市町村国保 <input type="radio"/> 当組合以外の国民健康保険組合 <input type="radio"/> 後期高齢者医療制度 <input type="radio"/> その他()
家族	職業 ()	<input type="radio"/> 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ <input type="radio"/> 市町村国保 <input type="radio"/> 当組合以外の国民健康保険組合 <input type="radio"/> 後期高齢者医療制度 <input type="radio"/> その他()
家族	職業 ()	<input type="radio"/> 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ <input type="radio"/> 市町村国保 <input type="radio"/> 当組合以外の国民健康保険組合 <input type="radio"/> 後期高齢者医療制度 <input type="radio"/> その他()
家族	職業 ()	<input type="radio"/> 共済組合・健康保険組合・協会けんぽ <input type="radio"/> 市町村国保 <input type="radio"/> 当組合以外の国民健康保険組合 <input type="radio"/> 後期高齢者医療制度 <input type="radio"/> その他()
C <input type="radio"/> 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 令和〇〇年 5月 7日	
	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	
	マイナンバー 1111111111111111	
	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

- 5 当組合に加入する家族の氏名、マイナンバー、職業を記入。
- 6 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。
- 7 書類を記入した日付。
- 8 甲種組合員が署名してください。
- 9 甲種組合員のマイナンバーを記入。

🌸 マイナンバー等を正確に届出いただくと、概ね5日でマイナ保険証の利用が可能となります。(厚生年金加入の診療所を除く)

