

【記載例】をご参照の上、同封の取得届(両面)の該当欄にご記入・ご捺印をお願いします。なお、取得届と併せて下記の必要書類を揃えて組合宛ご提出ください。

・外国籍(特別永住者を除く)の方がご加入の場合は、在留期間等の確認を要しますので事前に事務局までご連絡ください。

### 【必要書類】

・住民票の原本 ※3ヶ月以内の交付で、世帯全員の記載があり、『個人番号(マイナンバー)』・世帯主・続柄が省略されていないもの

※住所地が広島県・岡山県(倉敷市・笠岡市・井原市・総社市・新見市・浅口市) 山口県(宇部市・岩国市・玖珂郡和木町)・島根県(松江市・益田市・邑智郡邑南町) 愛媛県(越智郡上島町)のもの

・2項組合員の本人確認書類のコピー(運転免許証・個人番号カード・パスポート等)

※いずれもお持ちでない方は、組合にご相談下さい。家族のものは不要

・全国健康保険協会離脱証明書(資格喪失証明書または被保険者資格喪失確認通知書)

※広島県歯科国保組合へ加入する直前まで全国健康保険協会(協会けんぽ、旧政府管掌健康保険)に加入していた場合、離脱証明書(資格喪失証明書)が必要となります。

(例 令和2年4月1日から歯科医師国保に加入予定で、

全国健康保険協会へ令和2年3月31日まで加入していた場合)

※市町村国保、健康保険組合、共済組合、船員保険等へ加入していた場合、または歯科医師国保へ加入いただくまでに健康保険未加入の期間がある場合、離脱証明書(資格喪失証明書)は必要ございません。

### 【記入上の注意】

☆今まで加入の保険制度についてはいずれかの数字を記載欄にご記入ください。

- ①全国健康保険協会(旧政府管掌健康保険)…離脱証明書(喪失証明書) 必要(上記参照)
- ②広島県歯科医師国民健康保険組合
- ③その他の国保組合(②広島県歯科医師国保組合以外の国保組合)
- ④市町村国保(市町村の国民健康保険)
- ⑤その他の健保組合(広島銀行健保組合、マツダ健保組合、東友健保組合など)
- ⑥共済組合(国家公務員、地方公務員、私立学校職員等の健康保険)
- ⑦船員保険(船舶所有者に雇用される船員と、被扶養者を対象とした健康保険)
- ⑧なし(歯科医師国保に加入するまでに健康保険未加入期間がある場合)

☆雇用形態についてはいずれかに○(マル)をしてください。

☆※がある箇所は記入しないでください。

☆誤って記入した場合は、その箇所に二重線を引き訂正印を押して下さい。修正液等での訂正はしないでください。

☆取得届裏面もご覧の上、住民票が同一の世帯員の中で、広歯国保組合に加入していないご家族について、氏名・続柄・現在お持ちの健康保険証の種類等を記入してください。

☆互助会加入申込書も併せてご記入ください。

### 【同一世帯の家族が市町村国保に加入している場合の留意事項について】

同一世帯(同一住民票)で歯科医師国保加入者と市町村国保加入者の混在はみとめられておりません。(国民健康保険法第19条)

歯科医師国保は市町村国保と同じ制度で、世帯単位の加入となり、同一世帯で、歯科医師国保と市町村国保に分かれて加入することはできません。家族の方が市町村国保に加入している場合、扶養している、していないに関わらず、どちらかの国保に統一してください。(世帯分離をされている、される場合を除く。)

※健康保険適用除外申請(厚生年金加入)をして歯科医師国保に加入される方は市町村国保を選択できませんので、世帯で歯科医師国保に加入してください。(世帯分離をされている、される場合を除く。)ただし、組合員が全国健康保険協会(協会けんぽ)に加入した場合、家族は市町村国保に残ることが可能となります。ご不明な点がございましたら、当組合(TEL 082-261-1718)までご連絡ください。

**【記載例】**

(例) 市町村国保に加入していた歯科衛生士が、常勤従業員として令和2年4月1日より歯科医師国保へ加入される場合 (○印欄をご記入ください)

国民健康保険被保険者包括資格取得届 (2項組合員)											
※被保険者証の記号番号				資格取得年月日				※年月日			
今まで加入の保険制度 ①～⑦いずれか記入 記入欄【④】		①…全国健康保険協会 (旧政管健保) ②…広島県歯科医師国保 ⑥…共済組合 ③…その他の国保組合 ⑦…船員保険 ④…市町村国保 ⑧…なし ⑤…その他の健康保険組合						組合員の世帯に属した年月日 (歯科医師国保加入年月日)		令和2年4月1日	
就労形態 (いずれかに○) 常勤労働者 短時間労働者		※診療所形態		法人 個人		※健康保険適用除外承認 記入不要		要 不要		日	
フリガナ 被保険者となる者の氏名		個人番号 性別 生年月日		組合員との続柄		職種 いずれかに○		※被保険者証 交付年月日		資格取得理由	
ヒロシ ハナコ		1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3		本人		01 勤務医				09	
1 広 歯 花 子		男・♀ S. (H). R		1年 1月 1日		02 技工士					
2		男		いずれかに○を してください。		03 衛生士					
3		男・女		昭和 平成		04 助手					
4		男		・全国健康保険協会離脱 (旧政府管掌健康保険) →07		05 事務 受付 その他					
5		男		・健保組合・国保組合・市町村国保 船員保険・共済組合・なし →09							
資格取得理由		01 転入 07 全国健康保険協会離脱 (離脱証明要)		08 生活保護廃止							
		03 出生 09 その他 ( )									
上記のとおり届けます。 また、手続きを委託する場合は下記代行者に委任します。 年 月 日 広島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿											
2 項		住 所		従業員さんご記入・ご捺印							
		氏 名		印							
組合員 (従業員)		個人番号						電話番号 090-1234-5678			
上記の者を雇用していることを証します。											
		1 項組合員 (歯科医師)		証明欄		院長先生ご記名・ご捺印				印	
上記の組合員から国民健康保険被保険者資格取得の手続きについて委任を受けました。											
社労士事務所等 委託先事業所名:		手続代行者ご記入・ご捺印				代行者氏名: 印					

**「取得届裏面」と「互助会加入申込書」も併せてご記入ください。**



住民票が同一のご家族について、【記載例】を参照の上、氏名・続柄・現在お持ちの健康保険証の種類等を記入ください。

【記載例】

ご家族のお名前	続柄	現在お持ちの健康保険証の種類 (保険者の名称)
広歯 太朗	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健保組合 ( _____ 健康保険組合 _____ 支部) <input type="checkbox"/> 共済組合 ( _____ 共済組合 _____ 支部) <input type="checkbox"/> 国保組合 (広歯国保 ・その他: _____ 国民健康保険組合) <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療

ご家族のお名前	続柄	現在お持ちの健康保険証の種類 (保険者の名称)
		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健保組合 ( _____ 健康保険組合 _____ 支部) <input type="checkbox"/> 共済組合 ( _____ 共済組合 _____ 支部) <input type="checkbox"/> 国保組合 (広歯国保 ・その他: _____ 国民健康保険組合) <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療
		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健保組合 ( _____ 健康保険組合 _____ 支部) <input type="checkbox"/> 共済組合 ( _____ 共済組合 _____ 支部) <input type="checkbox"/> 国保組合 (広歯国保 ・その他: _____ 国民健康保険組合) <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療
		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健保組合 ( _____ 健康保険組合 _____ 支部) <input type="checkbox"/> 共済組合 ( _____ 共済組合 _____ 支部) <input type="checkbox"/> 国保組合 (広歯国保 ・その他: _____ 国民健康保険組合) <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療
		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健保組合 ( _____ 健康保険組合 _____ 支部) <input type="checkbox"/> 共済組合 ( _____ 共済組合 _____ 支部) <input type="checkbox"/> 国保組合 (広歯国保 ・その他: _____ 国民健康保険組合) <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療
		<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 <input type="checkbox"/> 健保組合 ( _____ 健康保険組合 _____ 支部) <input type="checkbox"/> 共済組合 ( _____ 共済組合 _____ 支部) <input type="checkbox"/> 国保組合 (広歯国保 ・その他: _____ 国民健康保険組合) <input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療

家族（世帯）の健康保険加入状況について、上記のとおり相違ありません。

年 月 日 2項組合員 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

**【互助会について】**

☆保険医療機関で受診されたときの自己負担額の一部を還付いたします。

(レセプト毎に2,000円を超えるものについて、年間(1~12月)80,000円を上限として還付いたします。なお、一般歯科診療分対象外となります。)

☆互助会は特別な理由がない限り、全員加入とさせていただきます。

ただし家族の方は加入できません。

☆互助会からの付加給付金の振込先銀行は、広島銀行及びもみじ銀行のどちらかをお願い致します。また指定口座・番号・名義は加入者個人のものをご記入して下さい。

**【記載例】** ○印欄をご記入ください。

被保険者証 ※の記号番号	記入不要			氏名	○印						
取引銀行	1. 広島銀行 2. もみじ銀行			電話番号							
支店名	支店番号	○ ○ ○	支店名	○○支店							
口座番号	1. 普通	2. 当座	(○印のこと)	番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	コ ク ホ タ ロ ウ										
口座名義	国 保 太 郎										

**※必ず国民健康保険被保険者資格取得届と一緒に提出ください。**

✂ キリトリ線

**広島県歯科医師国民健康保険組合互助会加入申込書 (2項組合員)**

広島県歯科医師国民健康保険組合互助会 殿

下記のとおり互助会への加入を申し込みます。

被保険者証 ※の記号番号				氏名	○印						
取引銀行 (いずれかに○)	1. 広島銀行 2. もみじ銀行			電話番号	— —						
支店名	支店番号		支店名								
口座番号	1. 普通	2. 当座	(○印のこと)	番号							
フリガナ											
口座名義											
備考											