

下記の【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）**

※全国健康保険協会（旧政府管掌健康保険）に加入していた場合のみ

※健保組合、共済組合、市町村国保、船員保険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保険未加入の期間がある場合、離脱証明書（喪失証明書）は必要ございません。

【記載例】

（例）全国健康保険協会に加入していた父親が、令和2年4月1日付をもって歯科医師国保に加入する場合（○印欄をご記入ください）

(家族)		国民健康保険被保険者資格取得届							2項組合員 (家族)	
被保険者証の記号番号	0 1 2 3 4 5 6 7	資格取得年月日	※ 年 月 日							
今まで加入の保険制度 ①～⑧いずれか記入 記入欄【 ① 】	①…全国健康保険協会（旧政管健保） ②…広島県歯科医師国保 ③…その他の国保組合 ④…市町村国保 ⑤…その他の健康保険組合 ⑥…共済組合 ⑦…船員保険 ⑧…なし	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							
フリガナ	個人番号		組合員との続柄	※ 被保険者証交付年月日	資格取得理由					
被保険者となる者の氏名	性別	生年月日								
○○ ○○	1 2 3	4 5 6 7 8 9 1 2 3	父		07					
○○ ○○	男・女	⑤.H.R 25年1月1日								
1										
2										
1日でも保険未加入の日があれば、⑧をご記入ください。	女	S.H.R 年月日								
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（ ）									
2項組合員	住所	ご記入・ご捺印ください								
	氏名	Ⓜ								
	個人番号						電話番号	090-1234-5678		
1項組合員（歯科医師）証明欄	Ⓜ									
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：					Ⓜ

理事長	常務理事	事務長	課長	受付	電 算 入 力	被 保 証 交 付	被 保 険 交 付 台 帳	徴 元 収 帳	調 定 簿	MNS

(家族) 国民健康保険被保険者資格取得届 2項組合員 (家族)											
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…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		年 月 日		
①～⑧いずれか記入		記入欄【 】				組合員の世帯に属した年月日		(歯科医師国保加入年月日)		年 月 日	
フリガナ		個人番号				組合員との続柄	※ 被保険者証交付年月日		資格取得理由		
被保険者となる者の氏名		性別	生年月日								
1		男・女	S.H.R	年	月	日					
2		男・女	S.H.R	年	月	日					
3		男・女	S.H.R	年	月	日					
4		男・女	S.H.R	年	月	日					
5		男・女	S.H.R	年	月	日					
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の者に委任します。											
年 月 日 広島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿											
2項組合員	住所										
	氏名		㊟								
	個人番号						電話番号		— —		
1項組合員（歯科医師）証明欄 ㊟											
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： 代行者氏名： ㊟											
注 1. この届出は世帯に属した日より14日以内に提出すること。											
2. 住民票（世帯全員の記載があり、個人番号、世帯主、続柄が省略されていないもの）、全国健康保険協会離脱証明書（必要な場合のみ）と、2項組合員本人の運転免許証・個人番号カード・パスポート等の写しを添付すること。											
3. ※印の欄は記入不要。											

※裏面あり

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 齒 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 (広齒国保 ・ 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 (広齒国保 ・ 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 (広齒国保 ・ 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 (広齒国保 ・ 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 (広齒国保 ・ 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)