

重 要

奈歯国発第 112 号
令和 5 年 9 月 20 日

第 1 種組合員 各位

奈良県歯科医師国民健康保険組合
理事長 霜 田 吉 見

各種届出の様式変更について（お知らせ）

平素は国保組合事業運営にご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

この度、資格取得届、個人番号(マイナンバー)届出書、資格喪失届、住所・氏名変更届の様式を変更いたします。

新様式については奈歯国保ホームページに掲載しておりますので、今後は新様式をご使用くださいますようお願いいたします。

なお、第 3 種（従業員）の資格取得届、資格喪失届、個人番号(マイナンバー)届出書につきましては同封させていただきますので、コピーしてご使用ください。（第 1 種・第 2 種用及び住所・氏名変更届はホームページの掲載のみとさせていただきます）

以前の様式では、確認できない項目もありますので、旧様式での提出は不備扱いとなり、新様式で再提出いただくこととなります。

添付書類の変更点

住民票は世帯全員分（世帯全員の氏名、続柄、世帯主が記載されたもの）、奈歯国保に加入されない方の分も必要となります。

個人番号(マイナンバー)届出書については、住民票上同一世帯の方で、奈歯国保に加入されないご家族様がいる場合は、その方が現在加入されている健康保険についてご記入いただく形に変わりました。

国保健康保険法では、被保険者証は世帯単位での適用となっており、社会保険等の加入者を除き世帯単位での加入となります。

また、外部に手続きを委託されている場合は、今回の変更についてご連絡いただきますようお願いいたします。

〈奈良県歯科医師国保組合ホームページ〉

<http://kokuhonashikai.or.jp/>

新奈歯国保保険料のお知らせについては、10月中旬頃に第 1 種組合員宛に発送を予定しております。

(第3種)
資格取得届

組合員種別によって様式が異なります

記入例

被保険者証番号	[例] 本人・妻・長男等	加入区分	新規・家族追加
フリガナを必ずご記入ください。		資格取得年月日	令和 〇年 4月 1日
(フリガナ) コクホ ハナコ	本人	続柄	性別
国保 花子		男 女	生年月日
(フリガナ) コクホ タロウ	長男	続柄	性別
国保 太郎		男 女	生年月日
(フリガナ)	すでに本人が加入していて、家族が追加で加入する場合は、家族のみご記入ください。	続柄	性別
(フリガナ)		続柄	性別
職 種	取得事由	勤務形態	適用除外申請書 不要理由書
<input type="checkbox"/> 1. 歯科医師	<input type="checkbox"/> 2. 社保離脱	<input type="checkbox"/> 1. 常勤	<input type="checkbox"/> 1. 有
<input checked="" type="checkbox"/> 2. 歯科衛生	<input type="checkbox"/> 3. 出生	<input type="checkbox"/> 2. 非常勤 (労働時間が常勤の3/4以上)	<input type="checkbox"/> 2. 無
<input type="checkbox"/> 3. 歯科助手	<input checked="" type="checkbox"/> 4. 勤務	<input checked="" type="checkbox"/> 3. 非常勤 (労働時間が常勤の3/4以上)	
<input type="checkbox"/> 4. 受付	<input type="checkbox"/> 5. その他		事業所形態
<input type="checkbox"/> 5. その他			<input type="checkbox"/> 1. 医療法人
			<input checked="" type="checkbox"/> 2. 個人 (厚生年金 強制適用)
			<input type="checkbox"/> 3. 個人 (厚生年金 任意加入)
			<input type="checkbox"/> 4. 個人
本組合加入前の健康保険について必ずご記入ください。			
国保 = 〇月 〇日喪失	歯科医師国保	離脱事業所名	社保 = 健保 〇月 〇日喪失
	市町村国保		共済保険
			その他
			〇〇〇株式会社
上記のとおり必要書類(*)を添付し、 上記の者は当医院で雇用して、 奈良県歯科医師会会費引落口座より徴収することを承諾します。			
令和 〇年 〇月 〇日	第1種組合員 診療所住所 〒 000-0000		第1種組合員の
	診療所名 〇〇〇〇歯科医院		
	氏名 〇〇 〇〇 (第1種組合員 (院長) 氏名) 印		必ずご捺印 ください。
	第3種組合員 (本人) 自宅住所 〒 000-0000		
	〇〇市〇〇町〇番地の〇 (TEL 0000 - 0000 - 0000)		
	国保 花子 (加入者本人氏名)		
奈良県歯科医師会国民健康保険組合 理事長 殿			

* 必要書類 【本人】住民票 (世帯全員分 (世帯主・続柄が記載されたもの))、個人番号届出書及び確認書類
【家族】住民票 (世帯全員分 (世帯主・続柄が記載されたもの))、個人番号届出書

備考：上記記載内容に相違が生じた場合は、必ず奈良県歯科医師会国民健康保険組合に届出すること。

住民票は世帯全員の氏名・続柄・世帯主が記載されたものをご提出ください。

(奈歯国保に加入しない方の分も必要です。)

個人番号届出書には添付書類が必要です。(必要書類は個人番号届出書に記載しています。)

個人番号（マイナンバー）届出書

【個人番号（マイナンバー）の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険組合法による保険給付の支給または保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します

被保険者番号	※組合記入欄	診療所名	
--------	--------	------	--

組合員	個人番号																			
	氏名																			
家族①	個人番号																			
	氏名																			
家族②	個人番号																			
	氏名																			
家族③	個人番号																			
	氏名																			

※今回加入される方の個人番号（12桁）をご記入ください。
※家族のみ追加加入の場合は、組合員の個人番号は記入不要。

添付書類（個人番号及び本人確認書類）

下記AまたはBをご提出ください。※家族の分は不要です

	個人番号確認書類	身元確認書類
A	個人番号（マイナンバー）カード（両面写し）	
B	個人番号通知カード（写し） または 個人番号の記載された住民票	運転免許証・パスポート等の 身分証明書（写し）

※住民票上同一世帯の方で、奈良県歯科医師国民健康保険組合に加入しない家族がいる場合は、下記に記入して下さい。

奈良県歯科医師国保組合に加入申し込みしない家族の健康保険等加入状況

氏名	現在加入している健康保険等
	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 当組合以外の健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 当組合以外の健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 当組合以外の健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 当組合以外の健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度 <input type="checkbox"/> その他

令和 年 月 日

奈良県歯科医師国民健康保険組合 殿

※国民健康保険法では、国保は世帯単位での加入であり、社会保険等の加入者を除いて、同一世帯に属するものは当該国保の被保険者とすることが定められています。そのため、一つの世帯内に市町村国保と国保組合が混在できません。

（国保組合どうしは可）同一世帯内に、市町村国保に加入中の家族がいる場合、家族と共に当組合に加入するか、家族と共に市町村国保に加入しなくてはなりません。当組合では、被保険者資格の適正化のために、加入や住所変更時に同一世帯内家族の医療保険の加入状況を確認させていただいております。ご協力お願いいたします。

入力日	確認印

係員

個人番号（マイナンバー）届出書

【個人番号（マイナンバー）の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険組合法による保険給付の支給または保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します

被保険者番号	※組合記入欄	診療所名
--------	--------	------

組合員	個人番号	1	2	3	3	4	5	6	7	8	9	0	1
	氏名	国保 花子											
家族①	個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
	氏名	国保 太郎											
家族②	個人番号												
	氏名												
家族③	個人番号												
	氏名												

奈歯国保に加入する方の氏名・個人番号を記入して下さい。
 家族の追加加入の際は、家族欄のみ記入して下さい。

※今回加入される方の個人番号（12桁）を
 ※家族のみ追加加入の場合は、組合員の個人番号は記入不要。

添付書類（個人番号及び本人確認書類）

下記AまたはBをご提出ください。※家族の分は不要です

	個人番号確認書類	身元確認書類
A	個人番号（マイナンバー）カード（両面写し）	
B	個人番号通知カード（写し） または 個人番号の記載された住民票	運転免許証・パスポート等の 身分証明書（写し）

※住民票上同一世帯の方で、奈良県歯科医師国民健康保険組合に加入しない家族がいる場合は、下記に記入して下さい。

奈良県歯科医師国保組合に加入申し込みしない家族の健康保険等加入状況

氏名	現在加入している健康保険等
国保 次郎	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 当組合以外の健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 当組合以外の健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 当組合以外の健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度 <input type="checkbox"/> その他

住民票に記載されていて、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、記入して下さい。

令和 年 月 日
 奈良県歯科医師国民健康保険組合 殿

※国民健康保険法では、国保は世帯単位での加入であり、社会保険等の加入者を除いて、同一世帯に属するものは当該国保の被保険者とすることが定められています。そのため、一つの世帯内に市町村国保と国保組合が混在できません。

（国保組合どうしは可）同一世帯内に、市町村国保に加入中の家族がいる場合、家族と共に当組合に加入するか、家族と共に市町村国保に加入しなくてはなりません。当組合では、被保険者資格の適正化のために、加入や住所変更時に同一世帯内家族の医療保険の加入状況を確認させていただいております。ご協力お願いいたします。

入力日	確認印

係員

(第3種)
資格喪失届

被保険者証番号	喪失区分		全部 ・ 家族喪失		
	資格喪失年月日		令和 年 月 日 上記喪失日以降、無効		
	(退職日)		令和 年 月 日)		
氏 名		続柄	性別	生年月日	
(フリガナ)			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
(フリガナ)				昭和 平成 令和	年 月 日
(フリガナ)				昭和 平成 令和	年 月 日
(フリガナ)				昭和 平成 令和	年 月 日
喪失事由 <input type="checkbox"/> 2. 社保加入 <input type="checkbox"/> 3. 死亡 <input type="checkbox"/> 4. 退職 <input type="checkbox"/> 5. その他 _____	資格喪失証明書 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	本組合喪失後の健康保険について必ずご記入ください。 _____月 日加入 (予定) <input type="checkbox"/> _____市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度 <input type="checkbox"/> その他			
上記のとおり被保険者証 (お持ちの場合は限度額適用認定証、高齢受給者証) を添えて届けます。					
令和 年 月 日					
第1種組合員	診療所住所	〒 _____			
	診療所名	_____			
	氏名	_____ (印)			
第3種組合員 (本人)	自宅住所	〒 _____			
		_____ (TEL - -)			
	氏名	_____			
奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿					

交付・訂正日	異動 整理簿	保険料	データ入力日	異動 処理月	適用除外
				月	0. 非該当 1. 該当

事務長	次長	係員

(第3種) 資格喪失届

組合員種別によって様式が異なります。

喪失日は退職日の翌日（死亡の場合は死亡日の翌日）をご記入ください。

記入例

被保険者証番号	喪失区分		全部・家族喪失	
	資格喪失年月日		令和〇年4月1日	
	(退職日)		令和〇年3月31日	
被保険者証が使えるのは退職日までです。喪失届と併せて速やかにご返却ください。				
氏名	続柄	性別	生年月日	
(フリガナ) コクホ ハナコ 国保 花子	本人	男・女	昭和 平成 令和 〇年〇月〇日	
(フリガナ) コクホ タロウ 国保 太郎	長男	男・女	昭和 平成 令和 〇年〇月〇日	
(フリガナ)		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日	
(フリガナ)			昭和 平成 令和 年 月 日	
喪失事由	資格喪失証明書	本組合喪失後の健康保険について必ずご記入ください。		
<input type="checkbox"/> 2. 社保加入 <input type="checkbox"/> 3. 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 退職 <input type="checkbox"/> 5. その他	<input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input checked="" type="checkbox"/> 4月1日加入（予定） <input checked="" type="checkbox"/> _____ 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度 <input type="checkbox"/> その他		

証明書は原則として、本人の自宅宛てに郵送します。郵送先が異なる場合は、メモ等でお知らせ下さい。

上記のとおり被保険者証（お持ちの場合は限度額適用認定証、高齢受給者証）を添えて届けます。

被保険者証が返却されないと手続きができません。万が一、紛失した場合は、組合までお問合せ下さい。

必ずご捺印ください。

令和〇年〇月〇日

第1種組合員 診療所住所 〒000-0000

診療所名 ○○○○歯科医院

氏名 ○○ ○○（第1種組合員（院長）氏名）

第3種組合員（本人） 自宅住所 〒000-0000

○○市○○町○番地の○ (TEL 0000 - 0000 - 0000)

氏名 国保 花子（加入者本人氏名）

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

交付・訂正日	異動整理簿	保険料	データ入力日	異動処理月	適用除外
				月	0. 非該当 1. 該当

事務長	次長	係員

奈良県歯科医師国保組合 保険料一覧表(1ヶ月)

★被保険者とは……組合員及びその世帯に属するものを被保険者といいます。

(0～75歳未満)

(世帯単位)

(40～65歳未満)

★保険料は、**一般保険料(医療保険分)** + **後期高齢者支援金** + **前期高齢者納付金賦課額** + **介護保険料** の合計額です。

< 種別 及び 保険料内訳 >

第1種…奈良県歯科医師会の会員である歯科医師で、診療報酬を得ている人、及び、その家族			
組合員 (本人)	一般保険料(医療保険分)	最高限度額	30,000 円
			5
		最低限度額	7,000 円
	均等割		廃止
	後期高齢者支援金		4,000 円
組合員の家族	前期高齢者納付金賦課額		9,300 円
	一般保険料(医療保険分)定額		4,000 円
	後期高齢者支援金		4,000 円
第2種…奈良県歯科医師会の会員である歯科医師で、診療報酬を得ていない人(勤務会員)、及び、その家族			
組合員 (本人)	一般保険料(医療保険分)	最高限度額	30,000 円
			5
		最低限度額	7,000 円
	均等割		廃止
	後期高齢者支援金		4,000 円
組合員の家族	前期高齢者納付金賦課額		6,300 円
	一般保険料(医療保険分)定額		4,000 円
	後期高齢者支援金		4,000 円
第3種…第1種組合員に雇用されている人(奈良県歯科医師会の会員でない歯科医師・技工士・歯科衛生士・歯科助手等)、及び、その家族			
組合員 (本人)	一般保険料(医療保険分)	最高限度額	30,000 円
			5
		最低限度額	7,000 円
	均等割		廃止
	後期高齢者支援金		4,000 円
組合員の家族	前期高齢者納付金賦課額		3,200 円
	一般保険料(医療保険分)定額		4,000 円
	後期高齢者支援金		4,000 円
40～65歳未満の被保険者 (第2号被保険者)	介護保険料		5,100 円
後期高齢者資格継続組合員 75歳以上で奈歯国保の資格継続 をされた人	後期高齢者保険料		5,000 円

※世帯単位の年間保険料の最高限度額を1,018,000円とする。

- 一般保険料(医療保険分)……前年度の世帯総所得金額から基礎控除額を引いた額を12で除して得た額の6%
- 後期高齢者支援金……0歳～75歳未満の被保険者の人
- 前期高齢者納付金賦課額……1世帯あたり
- 負担割合……3割(但し、未就学児2割・70歳以上原則2割・一定以上所得者3割)
- 歯科給付の実施について……自家診療は対象外