

届出用紙綴り

診療所保管用

コピーしてご使用ください

HP（<http://kokuho.nashikai.or.jp/>）からもダウンロードできます

奈良県歯科医師国民健康保険組合

被保険者資格関係の届出書および各種給付金支給申請書等一覧表

書類の名称		どういうときに提出するのか	添付書類	被保険者証の添付	
加入関係	1	第1種資格取得届	奈歯会一般会員及び家族加入のとき	住民票（世帯全員分） 適用除外申請書（該当診療所のみ）	不要
		第2種資格取得届	奈歯会勤務会員及び家族加入のとき		
		第3種資格取得届	従業員及び家族加入のとき		
加入関係	2	個人番号届出書	新規加入のとき 家族追加のとき	番号確認書類 本人確認書類	不要
	3	健康保険被保険者適用除外承認申請書 不要理由書	勤務形態が「非常勤」の場合等		不要
喪失	4	第1種資格喪失届	奈歯会退会・退職・社保加入等で資格がなくなったとき		要
		第2種資格喪失届			
		第3種資格喪失届			
変更等	5	住所・氏名変更届	組合員の住所・氏名に変更があったとき	住民票（世帯全員分）	要
	6	国民健康法第116条による届	家族が修学・施設入所等で組合員と住所地在別になったとき	在学証明書 または入所証明書	不要
	7	被保険者証再交付申請書（裏面）始末書	紛失したとき 破ったり汚したとき		要 （家族全員分）
	8	高齢受給者証・限度額適用認定証再交付申請書	紛失したとき 破ったり汚したとき		不要
給付関係	9	療養費支給申請書	療養費として給付を受けようとするとき	意見書 領収書等	不要
	10	限度額適用認定申請書	入院等で自己負担額が高額になるとき		不要
	11	出産育児一時金申請書	被保険者が出産したとき	出産証明書又は母子手帳の写し・領収書	不要
	12	葬祭費支給申請書	被保険者が死亡したとき	死亡診断書 喪主確認書類	不要
	13	B型肝炎補助金支給申請書	ワクチンを接種したとき	領収書	不要
	14	がん検診補助金支給申請書	がん検診を受けたとき	領収書	不要
	15	水痘ワクチン接種補助金支給申請書	ワクチンを接種したとき	領収書	不要
	16	第三者の行為による被害届 ※当組合へ必ずご連絡ください	交通事故等にあつたとき		不要

HP（<http://kokuho.nashikai.or.jp/>）からもダウンロードできます。

制度について詳しいことはHPをご覧ください。

ご不明の点がございましたら歯科医師国保事務局までお問い合わせください。（TEL 0742-33-0861）

奈良県歯科医師国民健康保険組合

加入の手続きについて

【本人加入のときに必要な書類】

- ① 資格取得届
- ② 住民票
(世帯全員分(世帯主・続柄が記載されたもの) 奈歯国保組合に加入しない方の分も必要です。 外国籍の方は国籍のわかるもの)
- ③ 個人番号(マイナンバー)届出書 + 確認書類(※1)

(※1)個人番号及び身元を確認できる書類が必要となります。
下記の「A」または「B」をご提出ください。

	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)

- ④ 健康保険被保険者適用除外承認申請書(該当の診療所のみ)
- ⑤ 健康保険被保険者適用除外承認申請書不要理由書(非常勤の方など該当者のみ)

【家族加入のときに必要な書類】

- ① 資格取得届
- ② 住民票
(世帯全員分(世帯主・続柄が記載されたもの) 奈歯国保組合に加入しない方の分も必要です。 外国籍の方は国籍のわかるもの)
- ③ 個人番号(マイナンバー)届出書(※2)
(※2)家族の方の場合、確認書類は不要です。

喪失の手続きについて

【喪失のときに必要な書類】

- ① 資格喪失届
- ② 被保険者証

資格喪失日について…退職の場合は退職日の翌日が喪失日となります。

被保険者証が使えるのは退職日までですので、必ず退職日に回収してください。

！！必ず14日以内にお届けください！！
(次の保険への加入手続きもお忘れなく)

歯科医師国保を喪失される皆様へ（確認のお願い）

歯科医師国保では、一切の喪失後受診を認めておりません。また、退職後の任意継続制度も設けておりません。喪失される際には以下の点について確認していただき、適切な保険制度利用をお願いいたします。資格喪失時に要注意のポイントは以下の3つです。

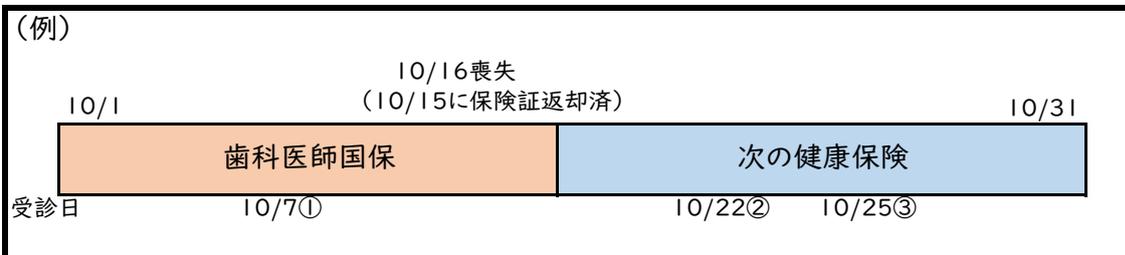
① 保険証は必ず退職日（喪失日の前日）に返却する

退職による資格喪失の場合、最終出勤日までは歯科医師国保の保険証を使用することができます。翌日からは次の保険証で受診する必要がありますので、いかなる場合でも退職日以降に歯科医師国保の保険証は使えません（処理の都合上で一旦保険料をいただいたとしても、月の途中の喪失の場合は全額お返ししています）。

「まだ次の手続きが終わっていないので持っておきたい」は不可能です。持っても使ってもらえない（権利がない）ので無意味です。万が一使用されると後々資格喪失後受診での保険給付分の医療費（7割、または8割）を当組合に返納してもらう手間が発生するので、必ず退職日に医院へ返却するようにしてください。

② 月途中で保険証が切り替わるときは医療機関に申告する

月に何度か同じ医療機関にかかっている場合、途中で保険証が切り替わっても本人から申告がなければ、正しくない保険者に請求が発生してしまいます。そういう場合も資格喪失後受診です。



(例)のように、月内に3回保険診療で病院を受診していたとします。この場合、10/22の受診の際には、医療機関から保険証又はマイナンバーカードの提示を求められなくても「10/16で歯科医師国保を喪失しました」と自ら申告し、新しい健康保険証又はマイナンバーカードを提示してもらう必要があります（医科・歯科から受け取った処方せんを、薬局で受け取る前に保険証が切り替わった場合なども申告が必要です）。

もしまだ新しい保険証が手元になくても、保険証の切り替えをしていることは絶対に伝えてください。その上でどう対応したらよいか、医療機関の方に確認しましょう。

同月内ならきちんと申告することで、面倒な手続きを未然に防ぐことができます。なお、万が一が一月が変わって後から気づいた場合も、まずは医療機関に連絡をしてください。

【裏面へ続く】

③ 歯科医師国保喪失日と次の保険の加入日は同じ日

歯科医師国保の喪失日と、次の保険の加入日は必ず同日にしなければなりません。法律により決まっていることで、「保険証を使わない(不要だ)から、入らなくてもよい」ということはありません。例えば②で使用した(例)の場合、歯科医師国保の喪失日は10/16なので、次の保険の加入日も10/16です。喪失日は『被保険者ではなくなった最初の日』と考えます。

間を開けずに新しく勤務される場合は新しい雇用主に手続きを確認してください。就労しない場合、または少しでも間が空いてから就労される場合は、ご家族の扶養やお住まいの市町村国保に加入することがほとんどです。事前に確認しておきましょう。

3つのチェックポイントはすべて問題ないでしょうか。何か不明なことがありましたら、奈良県歯科医師国保組合までお気軽にご連絡ください。

奈良県歯科医師国民健康保険組合
TEL:0742-33-0861

(第1種)
資格取得届

被保険者証番号	加入区分		新規 ・ 家族追加
	資格取得年月日		令和 年 月 日
氏 名		続柄	性別
(フリガナ)			男・女
			昭和 平成 令和 年 月 日
(フリガナ)			男・女
			昭和 平成 令和 年 月 日
(フリガナ)			男・女
			昭和 平成 令和 年 月 日
(フリガナ)			男・女
			昭和 平成 令和 年 月 日

職 種	取得事由	勤務形態	適用除外申請書 不要理由書	事業所形態
<input type="checkbox"/> 1. 歯科医師 <input type="checkbox"/> 2. 歯科衛生 <input type="checkbox"/> 3. 歯科助手 <input type="checkbox"/> 4. 受付 <input type="checkbox"/> 5. その他 _____	<input type="checkbox"/> 2. 社保離脱 <input type="checkbox"/> 3. 出生 <input type="checkbox"/> 4. 勤務 <input type="checkbox"/> 5. その他 _____	<input type="checkbox"/> 1. 常勤 <input type="checkbox"/> 2. 非常勤 (労働時間が常勤の3/4以上) <input type="checkbox"/> 3. 非常勤 (労働時間が常勤の3/4以下)	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無	<input type="checkbox"/> 1. 医療法人 <input 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 = _____ 月 _____ 日 喪失 _____ 歯科医師国保 離脱事業所名 _____ 市町村国保	社保 = 健 保 _____ 月 _____ 日 喪失 共済保険 離脱事業所名 そ の 他 _____
---	---

上記のとおり**必要書類(*)**を添えて届けます。

組合保険料については、私の奈良県歯科医師会費引落口座より徴収することを承諾します。

令和 年 月 日

第1種組合員

診療所住所

〒

診療所名

自宅住所

〒

(TEL - -)

氏名

印

奈良県歯科医師国民健康保険組合 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国民健康保険組合に届出すること。

連絡なき場合は、変更があった時に遡り資格喪失となる場合があります。

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)
資格取得届

被保険者証番号	加入区分		新規 ・ 家族追加	
	資格取得年月日		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)			男・女	昭和 平成 令和
				年 月 日
(フリガナ)			男・女	昭和 平成 令和
				年 月 日
(フリガナ)			男・女	昭和 平成 令和
				年 月 日
職 種	取得事由	勤務形態	適用除外申請書 不要理由書	事業所形態
<input type="checkbox"/> 1. 歯科医師 <input type="checkbox"/> 2. 歯科衛生 <input type="checkbox"/> 3. 歯科助手 <input type="checkbox"/> 4. 受付 <input type="checkbox"/> 5. その他 _____	<input type="checkbox"/> 2. 社保離脱 <input type="checkbox"/> 3. 出生 <input type="checkbox"/> 4. 勤務 <input type="checkbox"/> 5. その他 _____	<input type="checkbox"/> 1. 常勤 <input type="checkbox"/> 2. 非常勤 (労働時間が常勤の3/4以上) <input type="checkbox"/> 3. 非常勤 (労働時間が常勤の3/4以下)	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無	<input type="checkbox"/> 1. 医療法人 <input 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 = _____ 月 _____ 日喪失		社保 = 健 保 _____ 月 _____ 日喪失		
_____ 歯科医師国保 離脱事業所名		_____ 共済保険 離脱事業所名		
_____ 市町村国保 _____		_____ その他 _____		
上記のとおり 必要書類(*) を添えて届けます。				
上記の者は当医院で雇用していることを証明し、組合保険料については第1種組合員の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 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				

* 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国民健康保険組合に届出すること。
連絡なき場合は、変更があった時に遡り資格喪失となる場合があります。

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 国保 花子	続柄	性別	生年月日
(フリガナ) コクホ タロウ 国保 太郎	本人	男 女	昭和 平成 令和 〇年〇月〇日
(フリガナ)	長男	男 女	昭和 平成 令和 〇年〇月〇日
(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。	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
(フリガナ)		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日
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 checked="" type="checkbox"/> 2. 歯科衛生 <input type="checkbox"/> 3. 歯科助手 <input type="checkbox"/> 4. 受付 <input type="checkbox"/> 5. その他	<input type="checkbox"/> 2. 社保離脱 <input type="checkbox"/> 3. 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 勤務 <input type="checkbox"/> 5. その他	<input type="checkbox"/> 1. 常勤 <input type="checkbox"/> 2. 非常勤 (労働時間が常勤の3/4以上) <input checked="" type="checkbox"/> 3. 非常勤 (労働時間が常勤の3/4)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無
			事業所形態 <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
勤務形態で、「3、非常勤」にレをつけられた場合は、「1.有」にレを付けて、不要理由書をご提出ください。			
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 = 月 日喪失 歯科医師国保 市町村国保	離脱事業所名	社保 = 健保 4月 1日喪失 共済保険 その他	離脱事業所名 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種組合員の		
第1種組合員	診療所住所	〒 000-0000	
	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	
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して定められています。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

「健康保険被保険者 適用除外承認申請書」不要理由書

今般、貴組合に加入申請をいたしました_____は下記の理由により「健康保険被保険者 適用除外承認申請書」が不要となりますのでお届けいたします。

記

- _____年金事務所の担当_____様との協議の結果
- 70歳以上
- 第1種組合員（院長）_____との住所地が同一
- 年金受給者（年齢問わず）
- 非常勤勤務者（労働時間が常勤の4分の3以下となる者）
- その他理由（具体的にご記入下さい）

()

※ 上記□に該当する箇所にレ点を付けて下さい。

令和 年 月 日

第1種組合員 診療所住所_____

診療所名_____

氏 名_____

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

データ入力日	確認印

(第1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 _____					
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2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2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

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。

令和〇年〇月〇日

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。

第1種組合員 診療所住所 〒000-0000

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

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)

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

必ずご捺印ください。

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

住所・氏名変更届

被保険者証の記号・番号		奈組 1.
住所	変更前	〒
	変更後	〒
変更後の電話番号		
氏名	フリガナ	
	変更前	
	フリガナ	
	変更後	
変更の年月日		
勤務先		

※住民票上同一世帯の方で、奈国国保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

※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な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。

上記のとおり被保険者証(限度額適用認定証、高齢者受給者証をお持ちの場合は、同じく変更の必要があるため同封して下さい)、住民票(世帯全員分(世帯主・続柄が記載されたもの))を添えて届けます。

令和 年 月 日

第 種組合員 住所

氏名

変更後のご住所・ご氏名をご記入ください。↑

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	データ入力日	限度額適用認定書発行一覧 前期高齢者マスタ保守確認	事務長	次長	係員

(修学中の被保険者の特例)

国民健康保険法第 116 条による届

被保険者証の記号・番号	奈組 1.	
組合員氏名		
修学される家族 (被保険者)の 住所・氏名	住所	〒
	氏名	
修学される 学校の所在地等	所在地	〒
	名称	
	入学 年月日	年 月 日
	卒業予定 年月日	年 月 日

上記のとおり **在学証明書** を添えて届けます。

令和 年 月 日

第 種組合員 住所 _____

氏名 _____

勤務先 _____

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	データ 入力日	事務長	次長	係員

(施設入所等の被保険者の特例)

国民健康保険法第 116 条による届

被保険者証の記号・番号	奈組 1.	
組合員氏名		
入所される被保険者の住所・氏名	住所	〒
	氏名	
入所される施設の所在地等	所在地	〒
	名称	
	入所年月日	年 月 日

上記のとおり入所証明書を添えて届けます。

令和 年 月 日

第 種組合員 住所 _____

氏名 _____

勤務先 _____

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	データ入力日	事務長	次長	係員

国民健康保険被保険者証 再交付申請書

被保険者証の記号・番号	奈組 1. ↑ 組合で記入します		
加入被保険者名	続柄	性別	生年月日
			昭和 平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
再交付申請の理由	紛失 ・ 破損 ・ 盗難		

上記のとおり申請します（再交付により証番号が変わるため、同じ証番号の被保険者証は回収となります）。

紛失者以外の旧証は、この申請書に添えて返却してください。また、限度額適用認定証、高齢受給者証をお持ちの場合、変更の必要があるため同封してください。

※再交付料の徴収については、第1種組合員の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 年 月 日

第1種組合員 診療所住所 _____
 診療所名 _____
 氏 名 _____ (印)

第 種組合員 住 所 _____
 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	データ 入力日	事務長	次長	係員

始 末 書

第1種組合員 氏名 _____

住所 _____

第 種組合員 氏名 _____

住所 _____

今般、私の不注意により被保険者証を紛失いたしました。
今後、充分注意いたしますので再発行をお願い申し上げます。

令和 年 月 日

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

国民健康保険 高齡受給者証 再交付申請書
 限度額適用認定証

被保険者証の記号・番号	奈組 1.		
再交付を希望される方の 氏名	組合員との 続柄	性別	生年月日
			昭和 平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
			昭和 平成 令和 年 月 日
再交付する証	高齡受給者証 ・ 限度額適用認定証		
再交付の理由	紛失 ・ 破損 ・ 盗難		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

第 種組合員 住 所 _____

氏 名 _____

勤務先 _____

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

再交付日	異動整理簿	データ入力日	事務長	次長	係員

国民健康保険療養費支給申請書

受付日 年 月 日

決定日 年 月 日

保険者名 奈良県歯科医師国民健康保険組合

保険者番号	2 9 3 0 1 9	療養を受けた者の氏名	男・女
被保険者証番号			
診療年月	年 月		

診療日数	日	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
------	---	------	----------------

療養期間		区 分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 未就学	<input type="checkbox"/> 高齢者8割 <input type="checkbox"/> 高齢者7割
令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで				

種 類	海外療養費区分	1	第三者等の有無	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他
-----	---------	---	---------	---------------------------

1. 診療費 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. はり・灸 7. 移送 8. その他 9. 標準負担額

傷 病 名	
-------	--

医療機関コード	
---------	--

診療を受けた医療機関等の所在地	
-----------------	--

診療を受けた医療機関名又は施術師	
------------------	--

支給申請をした理由	
-----------	--

発病又は負傷の理由	
-----------	--

療養に要した費用額	円	食 事 回 数	回
-----------	---	---------	---

審査認定額※1	円	療養に要した費用額	円
---------	---	-----------	---

一 部 負 担 金	円	食事標準負担額	円
-----------	---	---------	---

支 給 金 額	円		
---------	---	--	--

振 込 先	銀 行	本 店 支 店 出 張 所	1. 普 通	口座番号
			2. 当 座	口座名義人(フリガナ)
			9. その他	

上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

奈良県歯科医師国民健康保険組合理事長

第 種 組合員 住 所

氏 名

㊟

連絡先

振込年月日

受付日付

国民健康保険療養費支給申請書

受付日		年 月 日		決定日		意見書(装着証明書)の発行年月日をご記入ください。		保険者名		奈良県歯科医師国民健康保険組合	
保険者番号		被保険者証番号		療養を受けた者の氏名		診療年月		診療日数		男・女	
診療年月		年 月		生年月日		昭和・平成・令和		年 月 日			
療養期間		令和 年 月 日から		区分		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 未就学		<input type="checkbox"/> 高齢者8割 <input type="checkbox"/> 高齢者7割	
令和 年 月 日まで											
種 類		海外療養費区分		1		第三者等の有無		1.業務上		2.第三者行為である	
								3.その他			
傷 病 名		医療機関コード		診療を受けた医療機関等の所在地		診療を受けた医療機関名又は施術師		支給申請をした理由		発病又は負傷の理由	
1. 診療費 2. 補装具 3. 柔整 4. あんま・マッサージ 5. はり・灸 7. 移送 8. その他 9. 標準負担額		申請項目に該当する箇所にチェック		医療機関コードが分からない場合は空欄で結構です。その他はすべてご記入ください。							
療養に要した費用額		円		食 事 回 数		回		審査認定額※1		円	
一部負担金		円		支給金額		円		実際に支払った金額(領収書の金額)をご記入ください。		円	
振込先		銀行		本店		1.普通		口座番号			
				支店		2.当座		口座名義人(フリガナ)			
				出張所		9.その他					
上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。		令和 年 月 日		奈良県歯科医師国民健康保険組合理事長		第 種 組合員		住所		氏名	
										連絡先	
										⑨	
振込年月日				受付日付							

振込みでの償還給付になりますので正確にご記入ください。(ふりがなも必ずご記入ください)

療養費支給申請について

申請については、下記の書類を揃えてご提出ください。

◎療養費支給申請書

- ・ 医科、歯科、調剤等複数の医療機関に受診された場合は、それぞれ申請書が必要となります。

◎添付書類

* 一般診療

- ・ 診療報酬明細書（レセプト）の写し（※未開封のもの）
- ・ 領収書

* 整骨・治療用装具（コルセット等）

- ・ 証明書・指示書等
- ・ 領収書

* あんま・はり・きゅう・マッサージ

- ・ 同意書
- ・ 領収明細書

* 連絡先 *

奈良県歯科医師国民健康保険組合
〒630-8002
奈良市二条町二丁目9番2号
奈良県歯科医師会館内
TEL 0742-33-0861

国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

被保険者証の記号・番号		奈組 1.	申請年月日	令和	年	月	日
組 合 員	氏 名	Ⓜ					
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日					
	住 所	〒					
	勤務先 診療所名						
	勤務先 診療所住所						
適用対象者	氏 名						
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日					
	性 別	男 ・ 女		組 合 員 との続柄			
適用対象者入院等 (予定) 期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				該当 に○	1年未満 1年以上
入院等(予定) 保険医療機関名							
認定証の送付先		<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 [〒 <div style="text-align: right;">(TEL - -)] </div>					

標準負担額減額認定	申請日の前1年間の入院期間： 年 月 日から 年 月 日まで 入院した医療機関名： (日間)
対象：市町村・都道府県民税 非課税世帯で、申請日の前一年間で 91日以上入院の方	※該当する場合のみ、上記入院期間の領収証を添えてご提出ください

上記のとおり国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

◎適用区分については、個人番号(マイナンバー)を用いた情報連携により判定します。
ただし、情報連携による所得確認ができない場合は、課税証明書等の所得を証明する書類の提出が必要となります。

※以下は記入しないでください。

交付年月日	令和 年 月 日
有効期限	令和 年 月 日
適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ
	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低所得

事務長	次長	係員

出産育児一時金支給申請書・請求書

被保険者証の記号・番号	奈組1.		
出産者氏名			
分娩年月日	令和	年	月 日
生産・死産の別	生産 (妊娠第 週、第 ヶ月)	死産 (妊娠第 週、第 ヶ月)	
フリガナ			
新生児氏名		続柄	
分娩された医療機関	住所		
	名称		
	医師の氏名		

上記のとおり 出産証明書又は母子手帳の写し(1頁と14頁)及び領収書を添えて申請します。

振込先	銀行		支店
	普通・当座	口座番号	
	<フリガナ>		
	口座名義		

令和 年 月 日

第 種組合員 住所 _____

氏名 _____ (印)

勤務先 _____

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

受付番号		支給年月日	
------	--	-------	--

事務長	次長	係員

葬祭費支給申請書・請求書

被保険者証の記号・番号	奈組1.	組合員との 続柄	
死亡被保険者氏名			
死亡年月日	令和	年	月 日
死亡原因			
葬儀執行年月日	令和	年	月 日
葬儀執行地			
勤務先名			

上記のとおり死亡診断書・喪主が確認できる書類(葬儀の領収書のコピー等)を添えて申請します。

振 込 先	銀行		支店
	普通・当座	口座番号	
	<フリガナ>		
	口座名義		

令和 年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____ (印)

連絡先 _____

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

受付番号		支給年月日	
------	--	-------	--

事務長	次長	係員

B型肝炎補助金支給申請書

被保険者証の 記号・番号	奈組1.				
受診者氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日	続柄	
検査等実施 医療機関	住所				
	名称				
項目	検査・接種年月日	判定	費用		
HBs 抗原・抗体検査	令和 年 月 日	抗原+・-抗体+・-	/		
第1回ワクチン接種	令和 年 月 日		円		
第2回ワクチン接種	令和 年 月 日		円		
第3回ワクチン接種	令和 年 月 日		円		
HBs 抗原・抗体検査	令和 年 月 日	抗原+・-抗体+・-	/		
組合補助額	円	合 計	円		

上記のとおり領収書（内訳及び「B型肝炎ワクチン接種代」が明記されているもの）を添えて申請します。

令和 年 月 日

第 種組合員 住所

氏 名

Ⓜ

勤務先

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

※注意事項

お一人様、年度内3回まで、実費（ワクチン接種）の半額の補助となります。

振 込 先	銀行		支店
	普通・当座	口座番号	
	<フリガナ>		
	口座名義		

受付番号		支給年月日	
------	--	-------	--

事務長	次 長	係 員

がん検診補助金支給申請書

被保険者証の 記号・番号	奈組1.		
受診者氏名		組合員との続柄	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
項目	医療機関名	検診年月日	費用
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		令和 年 月 日	円
		支給額	*組合記入欄 円

上記のとおり**領収書（検査項目が明記されたもの）**を添えて申請します。

令和 年 月 日

第 種組合員 住所

氏名

印

勤務先

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

※注意事項

1. お一人様、1検診につき上限2,000円の補助となります。
2. 保険診療分は対象外。
3. 申請期限は、検診を受けた年度末まで。

振 込 先	銀行		支店
	普通・当座	口座番号	
	<フリガナ>		
	口座名義		

受付番号		支給年月日	
------	--	-------	--

事務長	次長	係員

水痘ワクチン接種補助金支給申請書

被保険者証の 記号・番号	奈組1.		
接種を受けた者 の氏名		組合員との続柄	
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
医療機関名			
接種年月日	令和 年 月 日		
接種費用	円	補助金額	*組合記入欄 円

上記のとおり領収書（「水痘ワクチン接種」と明記されたもの）を添えて申請します。

令和 年 月 日

第 種組合員 住所

氏名

印

勤務先

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

※注意事項

- 50歳以上の方で、上限2,000円の補助となります。
- 申請期限は、接種を受けた年度末まで。

振 込 先	銀行		支店
	普通・当座	口座番号	
	<フリガナ>		
	口座名義		

受付日		支給年月日	
-----	--	-------	--

事務長	次長	係員