



## 別紙1 世帯状況の確認

添付いただいた住民票にお名前の記載がある方で、当組合にご加入いただいていない方は、以下に健康保険の加入状況をご記入ください。

※当組合は世帯包括の組合となります。そのため、同一世帯で当組合に加入していない方の健康保険への加入状況の把握を、国から求められております。確認ができない場合、お手続きをすることができません。

※同一世帯者が、市区町村の国保に加入している場合には、書類送付前に組合にご連絡ください。

	氏 名	今現在加入中の健康保険
当 組 合 に 加 入 し な い 方 ・ し て い な い 方		<input type="checkbox"/> 勤め先(扶養含む)の健康保険 (健康保険組合・共済組合等) <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国保組合 (名称: ) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 (75歳以上の方はチェックしてください) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 勤め先(扶養含む)の健康保険 (健康保険組合・共済組合等) <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国保組合 (名称: ) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 (75歳以上の方はチェックしてください) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 勤め先(扶養含む)の健康保険 (健康保険組合・共済組合等) <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国保組合 (名称: ) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 (75歳以上の方はチェックしてください) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 勤め先(扶養含む)の健康保険 (健康保険組合・共済組合等) <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国保組合 (名称: ) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 (75歳以上の方はチェックしてください) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 勤め先(扶養含む)の健康保険 (健康保険組合・共済組合等) <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国保組合 (名称: ) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 (75歳以上の方はチェックしてください) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 勤め先(扶養含む)の健康保険 (健康保険組合・共済組合等) <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国保組合 (名称: ) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 (75歳以上の方はチェックしてください) <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 勤め先(扶養含む)の健康保険 (健康保険組合・共済組合等) <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 国保組合 (名称: ) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 (75歳以上の方はチェックしてください) <input type="checkbox"/> その他 ( )

個人番号(マイナンバー)の届出には、組合員の本人確認書類(番号確認書類及び身元確認書類)の添付が必要となります。この用紙に貼ってご提出ください。

の り し ろ(ここに貼ってください)

## 組合員の方の

「① 番号確認書類」と「② 身元確認書類」の写しをそれぞれ貼ってください。

### ① 番号確認書類

#### 《組合員のマイナンバーを確認できる書類の写し》

下記の証明書類の写しをいずれか1つ貼付ください。

◎ 個人番号カード(個人番号カードをご提出の場合は、②身元確認書類は必要ありません。)

◎ 通知カード

※マイナンバーが記載された住民票を添付いただいている場合は、上の「①番号確認書類」は不要です。

### ② 身元確認書類

#### 《組合員の身元が確認できる書類の写し》

i. 顔写真が記載された官公署発行の証明書類等の写しを、いずれか1つ貼付ください。

<例>

- 運転免許証(表・裏)
- 身体障がい者手帳
- 在留カード(表・裏)
- 運転経歴証明書(表・裏)
- 精神障がい者保健福祉手帳
- 特別永住者証明書(表・裏)
- 旅券(パスポート)
- 療育手帳 など

※ 申込者(組合員)の氏名、生年月日、発行元がわかる箇所を貼付ください。【有効期限内のもの】

ii. iのご提出が難しい方は、官公署発行の証明書類等の写しを、いずれか2つ貼付ください。

<例>

- 年金手帳
- 特別児童扶養手当証書
- 印鑑登録証明書
- 公的医療保険の証明書
- 児童扶養手当証書
- 医療費受給者証 など

※ 申込者(組合員)の氏名、生年月日、発行元がわかる箇所を貼付ください。【有効期限内のもの】

## ご家族の方の取得手続きについて

組合員と住民票上同一世帯の方は、健康保険・各共済組合・後期高齢者医療制度等に加入している方を除き、組合員と住民票上同一世帯となった日、または、他の健康保険の資格を喪失された日より、当組合にご加入となります。

記入例にそってご記入のうえ、以下の書類を添えてお送りください。

### 【添付書類】

**世帯全員という証明のある住民票原本（発行日より3か月以内、コピー不可）**

※住民票の記載事項は、個人番号（マイナンバー）を含む、全項目必要です。

※組合員と同一世帯になった日付（転入（転居）日、世帯合併日等）の記載があるもの

※外国籍の方は、国籍、在留資格、在留期間等の記載があるもの

（在留資格が「特定活動」の方は、活動内容がわかる指定書の写しもあわせて必要です）

※組合員と同一世帯で、当組合に未加入の方がいる場合、その方の現在加入している健康保険について、「世帯状況の確認」にご記入のうえお知らせください。

【そのほかの添付書類】 次の事由に該当するときは、取得届とあわせて書類の提出が必要です。

事由	添付書類
他の健康保険の資格を喪失したとき (退職・扶養がはずれたときなど)	・ <b>健康保険の資格喪失証明書の写し（該当者全員分）</b> ※厚生年金の喪失証、離職票、退職証明書ではありません ※会社発行の喪失証明書の場合は、『資格情報通知書・資格確認書記載の記号番号』『基礎年金番号』『保険者名』『資格喪失者氏名』『資格喪失日』『押印』すべての記載があるもの
組合員の住民票上の住所・氏名が変更になるとき	・ <b>住所変更届、氏名変更届</b> ・ <b>当組合交付の証書（該当者全員分の保険証 ※交付されている方のみ）</b> 住所変更の場合：組合に加入している方全員の <b>資格確認書</b> 氏名変更の場合：氏名が変更になる方の <b>資格情報通知書・資格確認書</b> ※特例組合員証を発行している世帯は、あわせてご返還ください。
修学のために組合員と別世帯の家族がいるとき	修学のため組合員と住民票上別世帯のご家族がいる場合、 「遠隔地修学開始届」にて資格を取得（継続）することができます。 詳細については当組合ホームページをご確認ください。 ※修学による遠隔地ではない場合や、修学が終了後に組合員と住民票上別世帯のままの場合は資格喪失となります。
生活保護を受けなくなったとき	・ <b>生活保護廃止決定通知書の写し</b>
70歳以上の方が加入するとき	自己負担金の割合を判定するため、対象者1名につき①～③よりいずれか1つをご提出ください。なお、①～③の該当年度について、お手数ですが組合へお問い合わせください（TEL：03-6811-7293、MAIL：support_auz10@bunbi.com）。 ① 住民税課税（非課税）証明書の原本 ※非課税世帯の場合世帯全員分 ② 所得税確定申告書（第一表・第二表）の写し ③ 区市町村民税・都道府県民税通知書の写し  ※②において、分離課税分・修正がある場合は第三表・第四表も必要です。 ※③は、課税標準額、収入金額、所得金額、所得控除額の記載が必要です。収入金額の記載がない場合は、所得税確定申告書の写しもご提出ください。

# < 記入例 >

今回取得される  
すべての方の  
氏名・個人番号・続柄な  
どをご記入ください

組合員の方の資格情報通知  
書・資格確認書に記載の記号  
と番号をご記入ください

該当するものに丸および日付等  
をご記入ください

(枠内の必要事項ご記入ください。切り取らないでください。)

家族資格取得届		被保険者等記号 (特例組合員記号)		番号		
		(75-) ○○		△△△		
資格取得者氏名	性別	生年月日	組合員と の続柄	雇用形態	今現在加入中の健康保険 および加入の理由	外国籍 (外国籍の方は記入)
1 ツガナ ブンゲイ アカリ 文芸 あかり	男 女	昭平令 20.10.21	子	1. 個人事業主、専従者 2. 法人事業主、正社員 3. 派遣 (週 日 1日 時間) 4. 非常勤、パート、フリーター、アルバイト (週 日 1日 時間) 5. 他( ) 6. 無職	1. 国保【市区町村】 (世帯合併日 年 月 日) 2. 国保組合【 国保組合】 (資格喪失日 年 月 日) 3. 健保、共済(株式会社、有限会社等(扶養含む)) (○○年○月○日退職) 4. 任意継続( 年 月 日まで) 5. 出生( 年 月 日生まれた) 6. その他( )	1. 特別永住者 2. 永住者 3. その他
個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4					
マイナ保険証の利用登録解除の申請日(任意)		年 月 日				
2 ツガナ	男 女	昭・平・令 .	.	1. 個人事業主、専従者 2. 法人事業主、正社員 3. 派遣 (週 日 1日 時間) 4. 非常勤、パート、フリーター、アルバイト (週 日 1日 時間) 5. 他( ) 6. 無職	1. 国保【市区町村】 (世帯合併日 年 月 日) 2. 国保組合【 国保組合】 (資格喪失日 年 月 日)	1. 特別永住者
個人番号 (マイナンバー)						
マイナ保険証の利用登録解除の申請日(任意)		年 月 日				
4 ツガナ	男 女	昭・平・令 .	.	1. 個人事業主、専従者 2. 法人事業主、正社員 3. 派遣 (週 日 1日 時間) 4. 非常勤、パート、フリーター、アルバイト (週 日 1日 時間) 5. 他( ) 6. 無職	1. 国保【市区町村】 (世帯合併日 年 月 日) 2. 国保組合【 国保組合】 (資格喪失日 年 月 日) 3. 健保、共済(株式会社、有限会社等(扶養含む)) ( 年 月 日退職) 4. 任意継続( 年 月 日まで) 5. 出生( 年 月 日生まれた) 6. その他( )	1. 特別永住者 2. 永住者 3. その他
個人番号 (マイナンバー)						
マイナ保険証の利用登録解除の申請日(任意)		年 月 日				
5 ツガナ	男 女	昭・平・令 .	.	1. 個人事業主、専従者 2. 法人事業主、正社員 3. 派遣 (週 日 1日 時間) 4. 非常勤、パート、フリーター、アルバイト (週 日 1日 時間) 5. 他( ) 6. 無職	1. 国保【市区町村】 (世帯合併日 年 月 日) 2. 国保組合【 国保組合】 (資格喪失日 年 月 日) 3. 健保、共済(株式会社、有限会社等(扶養含む)) ( 年 月 日退職) 4. 任意継続( 年 月 日まで)	1. 特別永住者 2. 永住者 3. その他
個人番号 (マイナンバー)						
マイナ保険証の利用登録解除の申請日(任意)		年 月 日				

前の健康保険に加入している時に、マイナ保険証の利用登録解除を申請中の方は、「解除申請した日付」をご記入ください  
※解除申請していない方は記入不要です

“当組合に加入する日以降”の職業についてご記入ください  
※健康保険に加入すべき方(法人事業所の事業主・従業員)は、ご加入いただけません  
※ご記入いただいた内容について、確認のご連絡を差し上げることがあります

組合員の方の  
ご住所・氏名(手書き)・個人番号  
をご記入ください  
※取得されるご家族の方のご署名ではありません

本届出にあたり、次の内容について承諾します。1. 組合に提出した一切のものについて返却を求めず、3. 組合に損害を与える場合は、弁済すること。  
以上をふまえ、次のとおり ①世帯全員の住民票 ②取得事実が明らかな書類 ③(個人番号)本人確認貼付用紙を添え、届出ます。

届出人	記入日: ○○年○月○日 住所: ○○県××市△△町1-2-3 組合員氏名: (フタムシ手書き) 文芸 太郎 個人番号: (マイナンバー) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
-----	--

文芸美術国民健康保険組合理事長 殿

処 理 欄						(組合記入欄)
資格取得年月日	異動年月日	常務理事	事務局長	担当者	保険料	備考
年 月 日	年 月 日					

## < 記入例 > 住民票に記載のある家族が、勤め先の健康保険に加入している場合

※今回のお手続きにより、当組合を喪失される方についての記入は不要です。

※市区町村の国民健康保険に加入されている方がいる場合は、至急当組合までご連絡ください。

### 別紙1 世帯状況の確認

添付いただいた住民票にお名前の記載がある方で、当組合にご加入いただいていない方は、以下に健康保険の加入状況をご記入ください。

※当組合は世帯包括の組合となります。そのため、同一世帯で当組合に加入していない方の健康保険への加入状況の把握を、国から求められております。確認ができない場合、お手続きをすることができません。

※同一世帯者が、市区町村の国保に加入している場合には、書類送付前に組合にご連絡ください。

	氏 名	今現在加入中の健康保険
当 組 合 に 加 入 し な い 方 ・ し て い な い 方	文芸 あかり	<input checked="" type="checkbox"/> 勤め先(扶養含む)の健康保険 (健康保険組合・共済組合等)
		<input type="checkbox"/> 任意継続
		<input type="checkbox"/> 国保組合 (名称: )
		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 (75歳以上の方はチェックしてください)
		<input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 勤め先(扶養含む)の健康保険 (健康保険組合・共済組合等)
		<input type="checkbox"/> 任意継続
		<input type="checkbox"/> 国保組合 (名称: )
		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 (75歳以上の方はチェックしてください)
		<input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 勤め先(扶養含む)の健康保険 (健康保険組合・共済組合等)
		<input type="checkbox"/> 任意継続
		<input type="checkbox"/> 国保組合 (名称: )
		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 (75歳以上の方はチェックしてください)
		<input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 勤め先(扶養含む)の健康保険 (健康保険組合・共済組合等)
		<input type="checkbox"/> 任意継続
		<input type="checkbox"/> 国保組合 (名称: )
		<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 (75歳以上の方はチェックしてください)
		<input type="checkbox"/> その他 ( )