

国民健康保険被保険者資格取得届

枚目 枚中 /

※裏面も記入してください。

診療所名 (勤務先)	住所〒	歯科医師の方	府県歯科医師会への 加入について	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入
診療所 (勤務先) 所在地	電話番号		歯科医師会 会員番号	
<input type="checkbox"/> 個人事業所 <input type="checkbox"/> 法人事業所	健康保険適用 除外承認申請書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関コード (新規・変更時のみ記入)	

下記には、加入申し込みする方について記入してください。 ※家族追加の場合は、★組合員欄の記入は不要です。

加入区分	組合員	□事業主 □勤務歯科医師 □技工士 □衛生士 □歯科助手 □事務 □その他※職種等詳しくご記入ください ()				勤務 形態	□常勤 □非常勤 (パートを含む)
★ 組合員	氏名	フリガナ	国籍	□日本以外:国名		加入 前 の 保 険	□社会保険 □市区町村国保 □国民健康保険組合(全国歯を含む) □その他() □上記以外() 加入状況 : 加入中・喪失済
		生年月日	S/H/R	年	月		
			性別	男・女	続柄	本人	
家族	氏名	フリガナ	国籍	□日本以外:国名		加入 前 の 保 険	□社会保険 □市区町村国保 □国民健康保険組合(全国歯を含む) □その他() □上記以外() 加入状況 : 加入中・喪失済
		生年月日	S/H/R	年	月		
	個人番号 マイナンバー		性別	男・女	続柄		
家族	氏名	フリガナ	国籍	□日本以外:国名		加入 前 の 保 険	□社会保険 □市区町村国保 □国民健康保険組合(全国歯を含む) □その他() □上記以外() 加入状況 : 加入中・喪失済
		生年月日	S/H/R	年	月		
	個人番号 マイナンバー		性別	男・女	続柄		
家族	氏名	フリガナ	国籍	□日本以外:国名		加入 前 の 保 険	□社会保険 □市区町村国保 □国民健康保険組合(全国歯を含む) □その他() □上記以外() 加入状況 : 加入中・喪失済
		生年月日	S/H/R	年	月		
	個人番号 マイナンバー		性別	男・女	続柄		

現住所 住民票のとおり 記入してください。	住所〒	携帯番号
		電話番号

被保険者証 家族の追加の場合、記入	記号	全歯15	番号	資格 取得日	令和 年 月 日
					(※出生の場合は、出生年月日)

貴組合へ加入したく、規約・規程を遵守することを誓い、上記のとおり必要書類を添えて、下記の1種組合員又は後期高齢者組合員に委任し申請します。また、全国歯科医師国民健康保険組合加入にあたり、偽って違反し迷惑をかけた場合は、その生じた一切の費用を全国歯科医師国民健康保険組合に弁償することを誓約します。

令和 年 月 日

★組合員 ※加入申し込みする組合員(家族の場合はその世帯に属する組合員)が記入してください。

組合員氏名

個人番号
マイナンバー

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿	1種組合員の被保険者証 記号・番号(後期高齢者組合員証 番号)
事業主確認欄 ※1種組合員または後期組合員が記入してください。	記号 全歯15 番号
1.上記の組合員及びその家族が加入することを承諾しました。	1種(後期) 組合員氏名
2.規約・規程を遵守することを誓います。	

決裁	支部長	支部分務	係	被保険者証 記号・番号	資格取得年月日			
					全歯15-	令和 年 月 日	適用除外	
					通知	令和 年 月 日	支部受理 受付印	
					承認	令和 年 月 日		

※組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外に使用することはありません。

住民票上同一世帯の方で、全国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、下記に記入してください。

※同一世帯で市町村国保と歯科医師国保の混在はできません。(国民健康保険法第19条第1項)法律により、世帯単位の加入が義務付けられていますので、同一世帯で家族の方が市町村国保に加入している場合は、全員で本組合に加入していただくか、全員で市町村国保に加入するかのどちらかになります。(社会保険、他の国保組合に加入している方を除く)

全国歯科医師国民健康保険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"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合(全国歯を含む) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合(全国歯を含む) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合(全国歯を含む) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合(全国歯を含む) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()

従業員の加入申し込みの時には、下記の就労証明書を1種組合員または後期高齢者組合員が必ず記入してください。

就 労 証 明 書

従業員氏名 _____ 加入される従業員の職種 _____

就 労 開 始 年 月 日 令 和 年 月 日

医療機関名 _____

上記の者が当診療所に就労し雇用していることを証明します。

令和 年 月 日

1種組合員氏名または
後期高齢者組合員氏名 _____

代理人(社会保険労務士等)を通して届け出る場合は、下記の委任状を記入してください。また代理人の身分証の写し(例:運転免許証、パスポート等の写し)を添付してください。

委 任 状

代理人(担当者) _____ 連絡先(電話番号) _____
事業所名・氏名 _____

私は、上記の者を代理人と定め、全国歯科医師国民健康保険組合への資格取得の手続きを委任します。

令和 年 月 日

1種組合員氏名または
後期高齢者組合員氏名 _____

㊟ (自署の場合は押印省略可)

添付書類について(詳しくは支部事務所へお問い合わせください。)

加入区分	必要な添付書類等
加入手続きされるすべての方	<input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票の原本 (3カ月以内に発行された続柄等記載されたもの) <input type="checkbox"/> (裏面) 家族の健康保険等加入状況の記載 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者資格喪失証明書または、 市区町村国保へ加入中の方は被保険者証の写し <input type="checkbox"/> 個人番号(マイナンバー)が確認できる書類の写し
新規1種組合員 歯科医師会加入の 歯科医師	<input type="checkbox"/> 預金口座振込依頼書 <input type="checkbox"/> 同意書(所得割賦課額算定に係わる同意書)
従業員	<input type="checkbox"/> (裏面) 就労証明書の記載 <input type="checkbox"/> 健康保険適用除外承認申請書 ※
外国国籍の方	<input type="checkbox"/> 国籍、在留資格、在留期間の記載がある住民票の原本 <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書、外国人登録証明書 のいずれかの写し
70歳以上の方	<input type="checkbox"/> 「市町村民税課税証明書」等所得のわかる証明書

注 意 事 項

- 保険料を6カ月以上滞納した場合は、除名される場合があります。
- 自家診療・自家診療に伴う調剤については給付できません。
- 資格の取得及び喪失、住所・氏名変更等の事由が発生した場合は、14日以内に組合へ届け出てください。

※ 健康保険適用除外承認を受けて組合に加入している事業所に新たに加入する組合員は、健康保険適用除外承認申請書が必要になります。

※ 被保険者の個人番号(マイナンバー)は、番号法別表第1の第30項に規定する「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料等の徴収に関する業務」において、適用・給付および徴収業務で利用します。

●上記マーカー部分の記載もれや、添付書類の不足がないかよくご確認ください。