

※代理人(社会保険労務士等)を通じて届け出る場合は、裏面の委任状と代理人の身分証の写しが必要です。

<b>従業員が資格を取得</b>		<b>国民健康保険被保険者資格取得届</b>			枚目 / 枚中
診療所名(勤務先)		〇〇〇〇デンタルクリニック			府県歯科医師会への加入について
住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇		新潟県新潟市〇〇〇〇1-2-3			<input type="checkbox"/> 加入 <input checked="" type="checkbox"/> 未加入
診療所(勤務先)所在地		電話番号 025-〇〇〇〇-〇〇〇〇			歯科医師の方
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無			歯科医師会会員番号
		医療機関コード(新規・変更時のみ記入)			記入不要

下記には、加入申し込みの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	勤務形態	資格取得日
★組合員	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 勤務歯科医師 <input type="checkbox"/> 技工士 <input checked="" type="checkbox"/> 衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他※職種等詳しくご記入ください	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤(パートを含む)	
氏名	フリガナ <b>クマイ ヤスエ</b> 組合 <b>康江</b>	加入前の保険	<input checked="" 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"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 上記以外( )
氏名	フリガナ <b>キム ソンホ</b> 金 <b>宣浩</b>	加入前の保険	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input checked="" 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"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 上記以外( )
氏名	フリガナ	加入前の保険	<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"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 上記以外( )

組合の資格を取得する方を記入してください。  
※家族の一部のみ資格を取得する場合は、その方の情報のみ記入してください。

同一世帯の中で、全国歯に加入しない家族がいる場合は、裏面に氏名を記入のうえ、その方の健康保険等加入状況をお知らせください。

全国歯科医師国民健康保険組合に加入する前の健康保険の情報を入力してください。

加入区分	組合員	勤務形態	資格取得日
家族	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 勤務歯科医師 <input type="checkbox"/> 技工士 <input type="checkbox"/> 衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他※職種等詳しくご記入ください	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤(パートを含む)	
氏名	フリガナ	加入前の保険	<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"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 上記以外( )
氏名	フリガナ	加入前の保険	<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"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 上記以外( )

現住所  
住民票のとおり記入してください。

住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇  
新新潟県新潟市〇〇〇〇3-3-3

携帯番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
電話番号 025-〇〇〇-〇〇〇〇

被保険者証 記入不要

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、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、その生じた損害を自己負担し、組合に弁償することを誓約します。

令和 4 年 4 月 5 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 **組合 康江** 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	100001
----	------	----	--------

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。

2.規約・規程を遵守することを誓います。

1種(後期)組合員氏名 **全国歯 太郎**

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

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
組合進	<input checked="" 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( )
組合幸子	<input checked="" 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 **組合 康江** 加入される従業員の職種 **衛生士**

---

就労開始年月日 令和 **4** 年 **5** 月 **1** 日

---

医療機関名 **〇〇〇〇デンタルクリニック**

---

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 **4** 年 **4** 月 **5** 日

1種組合員氏名または  
後期高齢者組合員氏名 **全国 歯 太 郎**

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) 事業所名・氏名 **〇〇事務所 代理人氏名** ←連絡先(電話番号) **000-000-0000**

---

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  
令和 **4** 年 **4** 月 **5** 日  
1種組合員氏名または  
後期高齢者組合員氏名 **全国 歯 太 郎** **㊟ (自署または押印が必須)**

代理人を通じて届出を提出する場合は、委任状を記入のうえ、代理人の方の身分証の写しを添付してください。

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 checkbox"="" type="checkbox/&gt;(裏面)家族の健康保険等加入状況の記載&lt;br/&gt;&lt;input type="/> 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 checkbox"="" type="checkbox/&gt;(裏面)就労証明書の記載&lt;br/&gt;&lt;input type="/> 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。