

全 **記入例** 保険組合 被保険者資格取得届(1種組合員用) 1-1

※太枠内の項目について、『別紙の記入方法』を参考にご記入・押印をお願いいたします。
※同一世帯で当組合に加入されない家族に関しては、裏面(若しくは別紙)の加入状況に記入願います。
※提出前に、記入箇所や提出書類について、もう一度ご確認ください。

| 当組合に加入する組合員情報記入欄 | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------|----|--|--|---------------|--|--|--|--------------------------------|
| フリガナ 氏名 | ゼンシ タロウ 全歯 太郎 | | | | 全歯 | 資格取得日 | 平成 00 年 00 月 00 日 | | | 1 1 1 1 3 生保 4 高離 5 他 |
| 性別 | 生年月日 | | 続柄 | 現在加入している(喪失の場合は喪失時の)健康保険 | | | 国籍 | | | 1 3 4 5 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日 00 00 00 | 本人 | <input checked="" type="checkbox"/> 健保(健保組合・協会けんぽ)、共済組合 <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合(全国歯を含む) <input type="checkbox"/> 上記以外() | | | <input checked="" type="checkbox"/> 日本以外 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合 国名記入) | | | 1 3 4 5 |
| 診療所 所在地 | 〒 000 - 0000 〇〇〇〇〇市1-1-1 | | | | 健康保険に加入してい ない場合は、上記以外 に「無」と記入 | 医療機関コード | 0 0 0 0 0 0 0 | | | 1 3 4 5 |
| 診療所名 | 全歯歯科医院 | | | | | 歯科医師会 会員番号 | | | | 上記について、記入時に不明な場 合は、「不明」と記入 |
| 住所(自宅) ※住民票の住 所又は居所の 住所地 | 〒 000 - 0000 〇〇〇〇〇市1-1-2 | | | | | 電話番号: | 0000 - 0000 - 0000 | | | (診療所所在地と同じ場合は「同上」の記入でも結構です) |
| 住所(自宅) ※住民票の住 所又は居所の 住所地 | 〒 000 - 0000 〇〇〇〇〇市1-1-2 | | | | | 電話番号: | 0000 - 0000 - 0000 | | | |
| 当組合に加入する家族情報記入欄 | | | | | | | | | | |
| 氏名(上段・フリガナ、下段・漢字等) | 性別 | 生年月日 | | 続柄 | 現在加入している(喪失の場合は喪失時の)健康保険 | | | 国籍 | | 1 3 4 5 |
| ゼンシ ハナコ 全歯 花子 | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 00 00 00 | | 妻 | <input checked="" type="checkbox"/> 健保(健保組合・協会けんぽ)、共済組合 <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合(全国歯を含む) <input type="checkbox"/> 上記以外() | | | <input checked="" type="checkbox"/> 日本以外 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合 国名記入) | | 1 3 4 5 |
| ゼンシ イチロウ 全歯 一郎 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 00 00 00 | | 子 | <input checked="" type="checkbox"/> 健保(健保組合・協会けんぽ)、共済組合 <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合(全国歯を含む) <input type="checkbox"/> 上記以外() | | | <input checked="" type="checkbox"/> 日本以外 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合 国名記入) | | 1 3 4 5 |
| ゼンシ カズコ 全歯 和子 | <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 00 00 00 | | 子 | <input checked="" type="checkbox"/> 健保(健保組合・協会けんぽ)、共済組合 <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合(全国歯を含む) <input type="checkbox"/> 上記以外() | | | <input checked="" type="checkbox"/> 日本以外 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合 国名記入) | | 1 3 4 5 |
| ※加入する家族の方が4名以上の場合は、この用紙をコピーしてください。 | | | | | | | | | | |
| ⑤健康保険適用除外承認申請書(厚生年金に加入する方のみ) (注意)70歳以上の方が加入する場合は、「市区町村民税課税証明書」等が必要となります | | | | | | | | | | |

(記入年月日) 平成 00 年 00 月 00 日 ←(必ず記入してください)

上記のとおり、必要書類を添えて申請いたします。

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 様

| |
|---------|
| 支部受理受付印 |
| |

| | | | | | | |
|-----|------|---------|-----|------|--|--|
| 処理欄 | 資格取得 | 被保険者証作成 | 所得割 | 口座振替 | | |
| | | | | | | |

| | | | |
|----|-----|--------|----|
| 決裁 | 支部長 | 支部常務理事 | 係員 |
| | | | |

| | | | |
|-------------|--|-----------------------------|----------|
| 被保険者証 記号・番号 | | 適用除外 | |
| 全歯 | | <input type="checkbox"/> 通知 | 平成 年 月 日 |
| | | <input type="checkbox"/> 承認 | 平成 年 月 日 |

全国歯科医師国民健康保険組合に加入申込しない家族の健康保険等加入状況

表記組合員とともに全国歯科医師国民健康保険組合に加入しない同一世帯の家族の健康保険等の加入状況は次のとおりです。(市区町村国保に加入又は健康保険等に加入していない方は適正な手続きが必要となります。)

| 氏名 | 現在加入している健康保険等 |
|---|--|
| 全歯 二郎 | <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・船員保険・健康保険組合・共済組合) <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合(全国歯含む) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他() |
| 全歯 保子 | <input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・船員保険) <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 |
| <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;"> 住民票に記載されている方で、当組合に加入しない方を記入してください。 </div> | |
| | <input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・船員保険・健康保険組合・共済組合) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他() |

健康保険に加入していない場合は、その他に「無」と記入

○ 当国保組合では、資格確認の適正化のため、世帯における保険の加入状況を確認しております。この確認を円滑に行うため、ご記入のほどお願いします。

のりしろ

全国歯科医師国民健康保険組合 被保険者資格取得届(1種組合員用) 2-1

| 加入する方の個人番号記入欄 | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|----------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 氏 名 | | 個人番号(マイナンバー) | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | ゼンシ タロウ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 全歯 太郎 | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | ゼンシ ハナコ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 全歯 花子 | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | ゼンシ イチロウ | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 全歯 一郎 | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | ゼンシ カズコ | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 全歯 和子 | | | | | | | | | | | | |

のりしろ

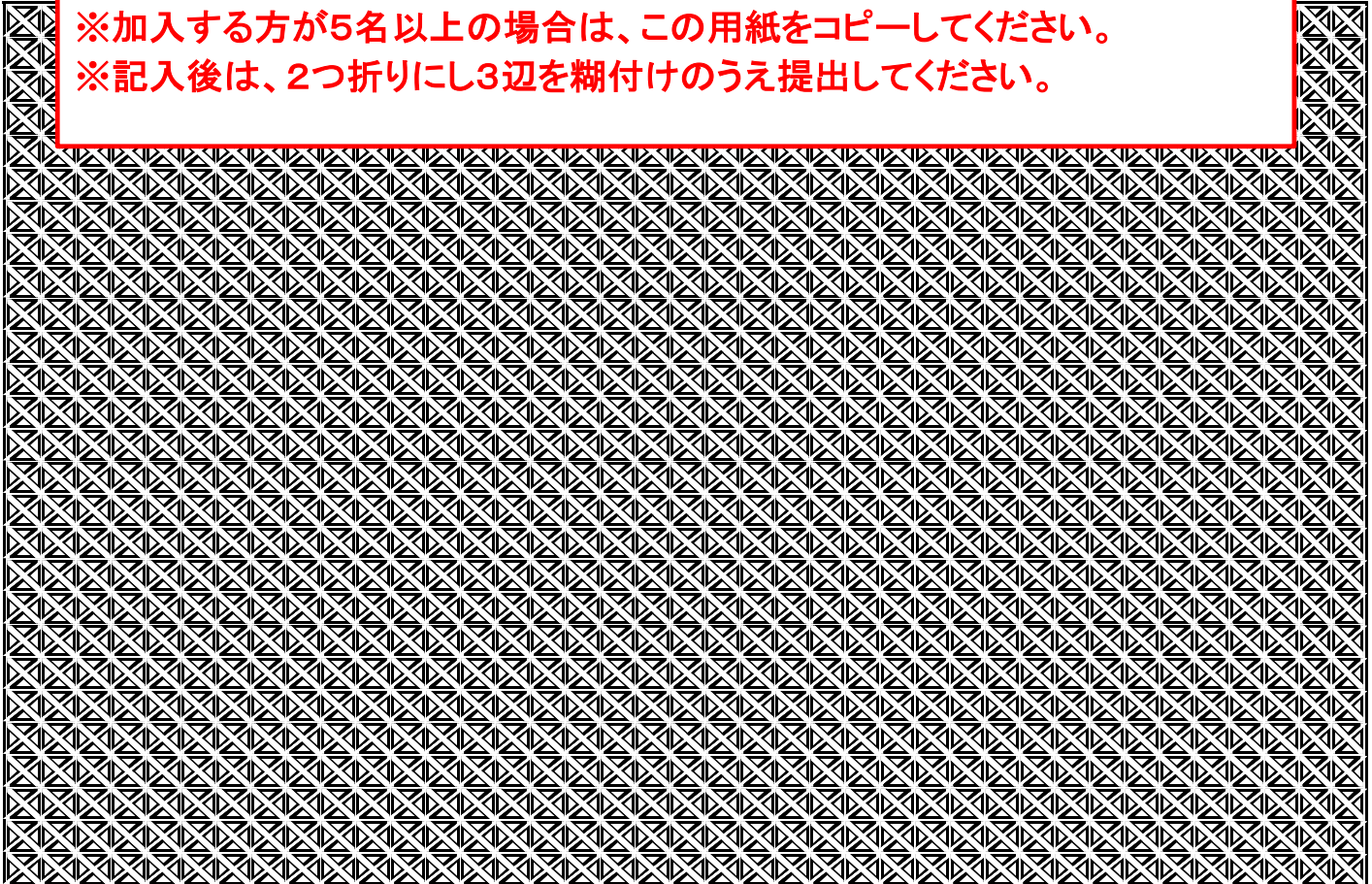
のりしろ

【個人番号の利用目的について】

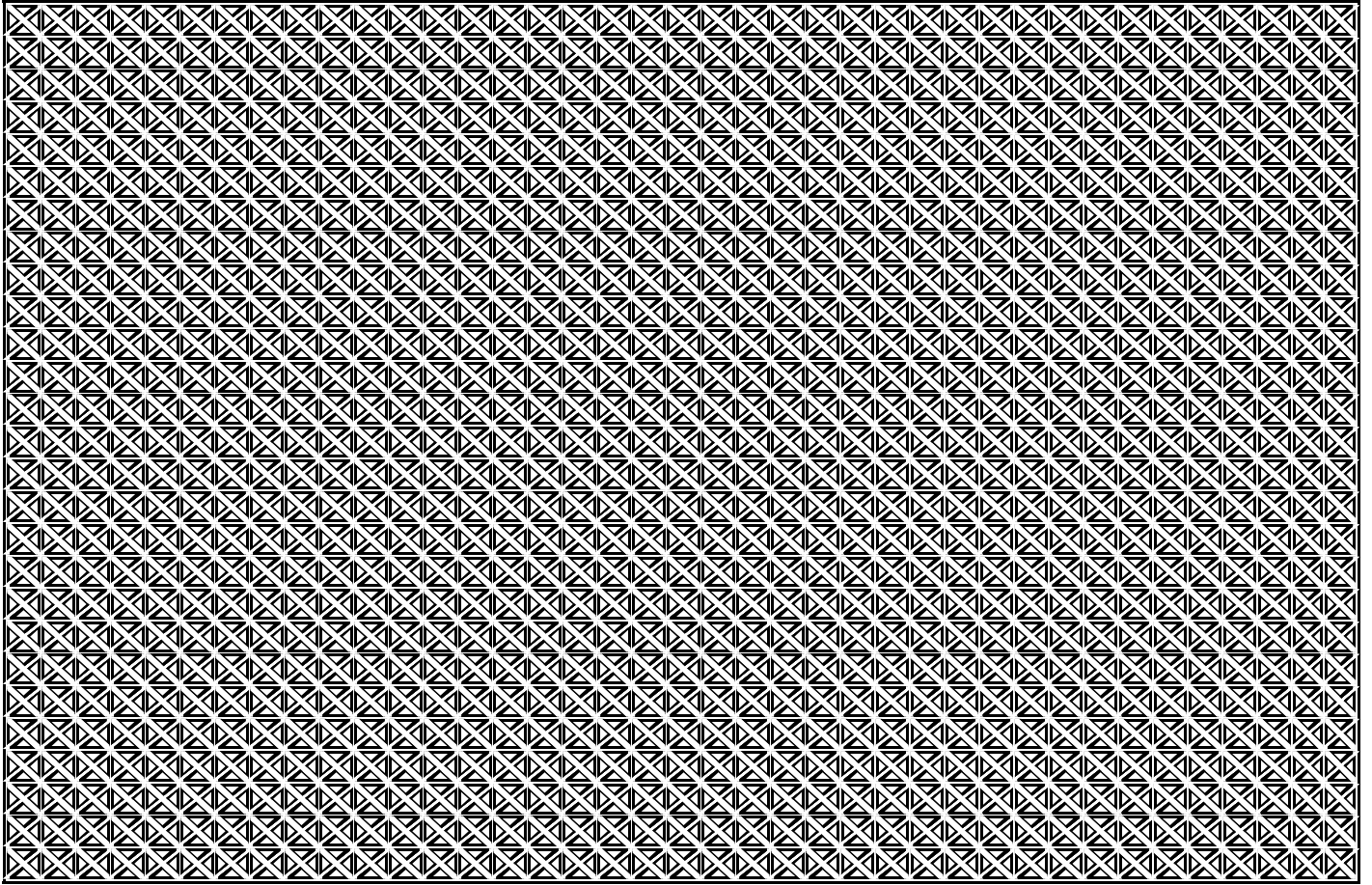
当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

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

※加入する方の個人番号(マイナンバー)を記入してください。
 ※加入する方が5名以上の場合は、この用紙をコピーしてください。
 ※記入後は、2つ折りにし3辺を糊付けのうえ提出してください。



(様式21号)



全国歯科医師国民健康保険組合に加入手続きをされる方へ

【記入方法】

[被保険者資格取得届(1種組合員用)1-1]

| 組合員情報記入欄 | |
|--------------------------|---|
| 資格取得日 | 歯科医師会入会日以降の当組合へ加入する日を記入してください |
| 現在加入している(喪失の場合は喪失時の)健康保険 | 該当箇所へ☑等を記入してください ・社会保険とは・・・協会けんぽ・船員保険・健康保険組合・共済組合 ・健康保険に加入していない・・・「上記以外」に「無」と記入してください |
| 国籍 | 日本以外の場合は☑等を記入し、下にその国名を記入してください |
| 診療所所在地・診療所名・医療機関コード | 医療機関コードが不明な場合は、「不明」と記入してください (後日、わかり次第ご連絡をお願いします) |
| 住所(自宅) | ・住民票の記載どおりに記入してください ・住民票と異なる場合は、居所の住所を記入してください |
| 家族情報記入欄 | |
| 氏名他 | 同時に加入する同一世帯に属する方を記入してください |
| 国籍 | 日本以外の場合は☑等を記入し、下にその国名を記入してください |
| 続柄 | 組合員から見た続柄を記入してください (例) 夫・妻・子 等 |
| 現在加入している(喪失の場合は喪失時の)健康保険 | 該当箇所へ☑等を記入してください ・社会保険とは・・・協会けんぽ・船員保険・健康保険組合・共済組合 ・健康保険に加入していない・・・「上記以外」に「無」と記入 |

[被保険者資格取得届(1種組合員用)1-2]

| 加入申しない家族の健康保険等加入状況記入欄 | |
|-----------------------|---|
| 氏名 | 住民票に記載されている方で、当組合に加入しない方の氏名を記入してください |
| 現在加入している健康保険等 | 該当箇所へ☑等を記入してください ・健康保険に加入していない方は「その他」に「無」と記入してください |

[被保険者資格取得届(1種組合員用)2-1]

| 加入される方の個人番号記入欄 | |
|----------------|--------------------------------|
| 氏名 | 加入される方全員の氏名を記入してください |
| 個人番号(マイナンバー) | 加入される方全員の個人番号(マイナンバー)を記入してください |

【必要書類について】

| | |
|-------------------------------|---|
| 世帯全員の住民票 | ・3ヵ月以内に発行されたもので、記載事項に省略がないもの(個人番号除く)を添付してください ・外国人の方は、外国人住民特有の事項についても記載があるものが必要です |
| 現在加入中の方は被保険者証の写し、喪失後の方は資格喪失証明 | ・届出時に手元がない場合は、後日提出でも結構です ・資格取得届の「現在加入(現在喪失の場合は喪失時)の健康保険」は正確にご記入ください |
| 預金口座振替依頼書 | ・保険料を指定の口座より引落しさせていただきます |
| 保険料算定資料提供同意書 | ・保険料算定のために、支払基金及び国保団体連合会の同意書を提出してください |
| 健康保険適用除外承認申請書 | ・法人又は従業員が5人以上(5人以上になる場合を含む)の事業所、任意に厚生年金保険に加入している事業所は、健康保険適用除外承認申請を「 事実が発生した日(就職日) 」から 14日以内 に年金事務所へ手続きする必要があります (厚生年金保険の加入手続きは 5日以内 となりますのでご注意ください) |
| 70歳以上の方が加入する場合 | ・高齢受給者証の交付対象者となり、所得によって給付割合が異なりますので「課税証明書」等、課税所得額が確認できる書類を提出してください |