

全国歯科医師国民健康保険組合 被保険者資格取得届(2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。

※裏面(若しくは別紙)の加入状況や就労証明、誓約書もご記入等をお願いいたします。

※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 (委任者)		◎	資格取得日	平成	年	月	日	1社離 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			
<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	本人	<input 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 type="checkbox"/> 日本以外	1 3 4 5	
勤務形態		<input type="checkbox"/> 常勤 ・ <input type="checkbox"/> 非常勤(パート)			職業	<input checked="" type="checkbox"/> 歯科医師					
住所(自宅) ※住民票の住所又は居所の住所											
〒 -											
電話番号: -											
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	
		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日		<input 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 type="checkbox"/> 日本以外
		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日		<input 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 type="checkbox"/> 日本以外
		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日		<input 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 type="checkbox"/> 日本以外
【必要書類】		①世帯全員の住民票(記載事項に省略がないもの、ただし個人番号除く) ②加入する方の以前加入の健康保険資格喪失証明書(市区町村国保の場合は被保険者証の写し) ③健康保険適用除外承認申請書(厚生年金加入に該当する方のみ) (注意)70歳以上の方が加入する場合は、「市町村民税課税証明書」が必要となります。									

(記入年月日) 平成 年 月 日

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。

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 様

1種組合員又は後期高齢者組合員記入欄									
被保険者証記号・番号 (後期高齢者組合員証番号)		(記号)全歯			(番号)				
診療所所在地									
診療所名									
電話番号									
氏名		◎							
医療機関コード (新規・変更時のみ記入)									

支部受理受付印		

処理欄	資格取得	被保険者証作成	

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

※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。

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
	<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"/> 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()
	<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"/> 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()
	<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"/> 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()
	<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"/> 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()

○ 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。

就労証明書

下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。

記

(記入年月日)

平成 年 月 日

氏名(加入される従業員)	
就労開始年月日 (該当個所へ☑等を記入)	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成
診療所(医療機関)名	
1種組合員氏名 又は 後期高齢者組合員氏名	④

就労証明書は、雇用主である1種組合員又は後期高齢者組合員の方が記入してください。

誓約書

私は、この度全国歯科医師国民健康保険組合加入にあたり、偽って下記の事項に違反し、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。

1. 住所の変更・家族の異動のあった時は、14日以内に所定の届出用紙をもって組合に届ける。
2. 被保険者資格喪失の時は、直ちに被保険者証等を返還する。

(記入年月日)

平成 年 月 日

(2種組合員)

従業員氏名

④

誓約書は、加入される従業員の方が記入してください。

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(2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											
フリガナ											
フリガナ											
フリガナ											

のりしろ

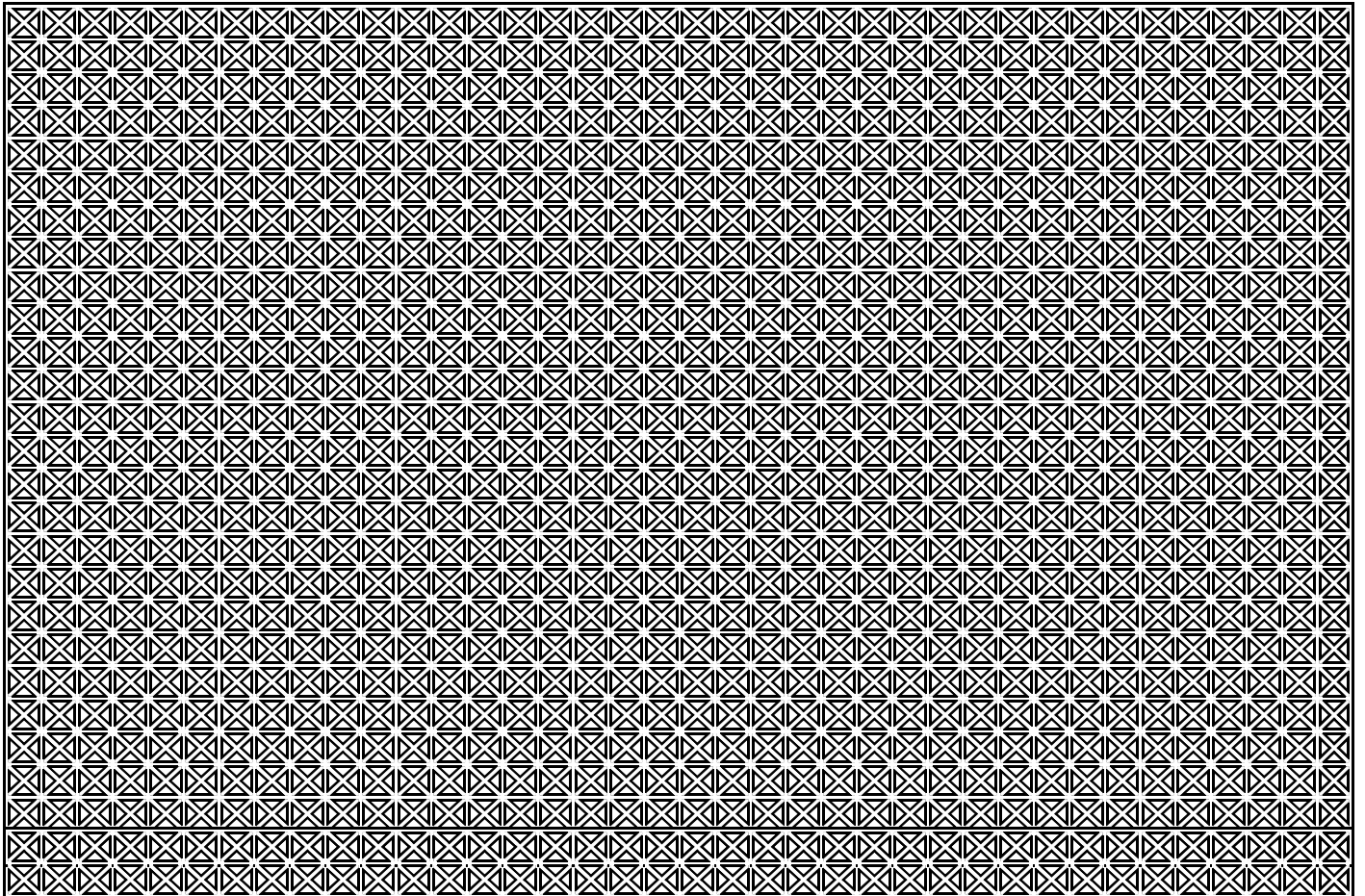
のりしろ

【個人番号の利用目的について】

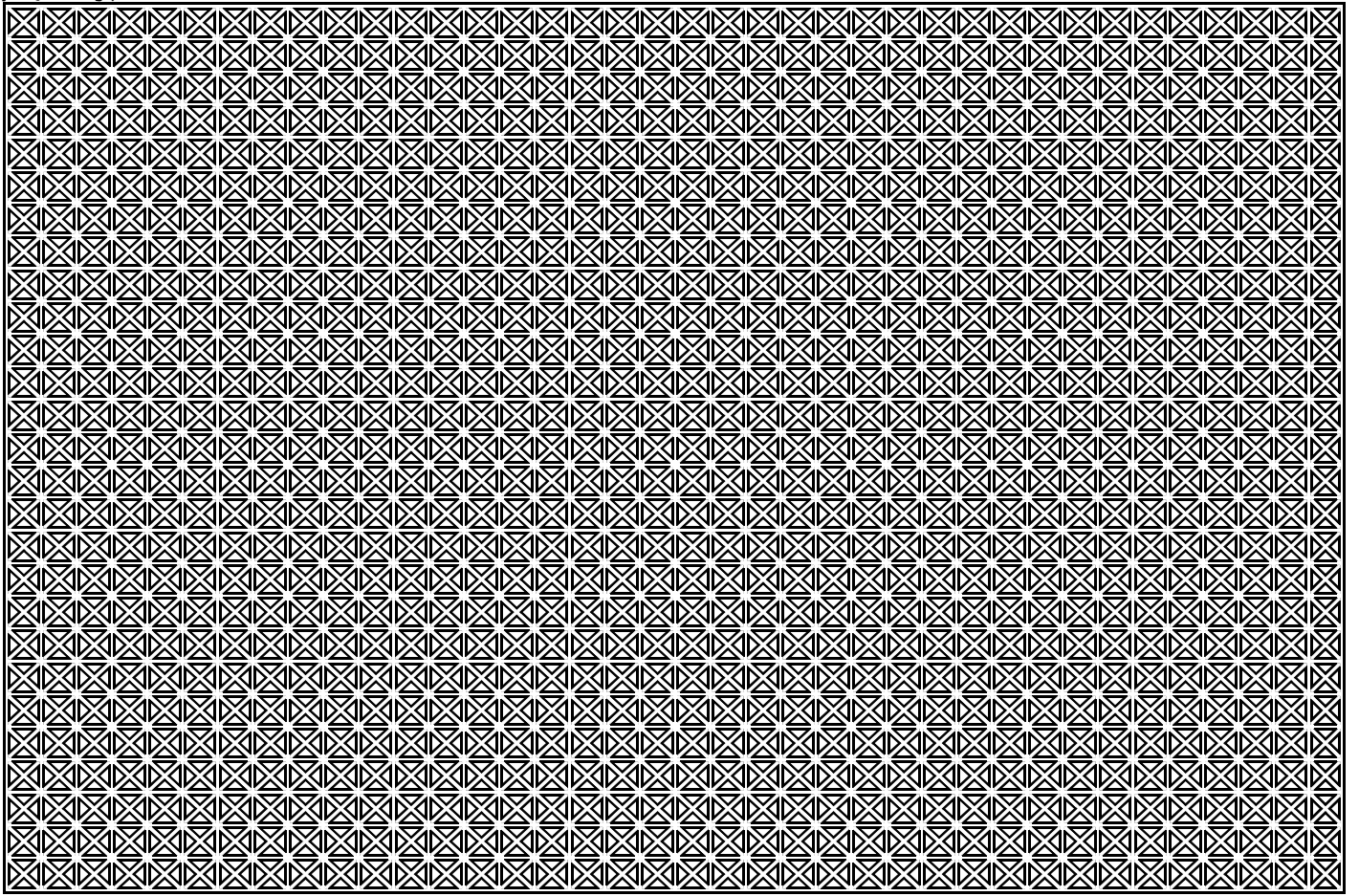
当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

※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。

谷折り



(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(2種組合員用)1-1]

組合員情報記入欄	
資格取得日	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
勤務形態	常勤又は非常勤(パート)に☑等を記入してください
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」と記入してください

[被保険者資格取得届(2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
就労証明書記入欄	
記入する方	雇用主である1種組合員又は後期高齢者組合員の方が記入してください
就労開始年月日	健康保険の被保険者資格適用除外に該当する事業所は、試用期間も含む雇用年月日を記入してください
誓約書記入欄	
記入する方	加入される従業員の方が記入してください

[被保険者資格取得届(2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	・届出時に手元にない場合は、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
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