(様式21号)

※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。

組合員の家族のみが資格を取得

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）	○○○○デンタルクリニック	歯科医師の方	記入不要
診療所（勤務先）所在地	住所 〒○○○-○○○○ 栃木県宇都宮市○○○○1-2-3 電話番号 028－○○○○-○○○○		
☑個人事業所　□法人事業所	記入不要	医療機関コード（新規・変更時のみ記入）	1 2 3 4 5 6 7

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		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　日			
			性別	男 ・ 女	続柄	本人	
家族	氏名	フリガナ ゼンコクシ アヤ 全国歯 彩	職業	□無 ☑有→裏面※1へ記入	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
	個人番号マイナンバー	●●●●●●●●●●●●	生年月日	S/H/R ○年 ○月 ○日			
			性別	男 ・ 女	続柄	妻	
家族	氏名	フリガナ ゼンコクシ ジュンコ 全国歯 順子	職業	☑無 □有→裏面※1へ記入	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
	個人番号マイナンバー	●●●●●●●●●●●●	生年月日	S/H/R ○年 ○月 ○日			
			性別	男 ・ 女	続柄	母	
家族	氏名	フリガ	職業	□無	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）
			生年月日	年 月 日			
			性別	女	続柄		加入状況 加入中 ・ 喪失済

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。

現住所 住民票のとおり記入してください。	住所 〒○○○-○○○○ 栃木県宇都宮市○○○○1-2-3	携帯番号 090－○○○○－○○○○ 電話番号 028－ ○○○ －○○○○	
被保険者証 家族の追加の場合、記入	記号 全歯 48	番号 1000001	資格取得日 令和 4 年 5 月 1 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

新たに家族のみ資格を取得する場合は、その家族が属する組合員の被保険者証記号番号を記入してください。

資格取得日をご記入ください。

組合員氏名　全国歯 太郎　　個人番号マイナンバー ●●●●●●●●●●●●

全国歯科医師国民健康保険組合　　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

従業員及び従業員の家族が資格を取得する場合は、必ずその事業所の1種（後期）組合員が記入してください。

1.上記の組合員及びその家族

2.規約・規程を遵守することを誓います。

記号	全歯	48	番号	1000001

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 ―

資格取得年月日			
令和	年	月	日
適用除外			
通知	令和	年	月 日
承認	令和	年	月 日

支部受理受付印

※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。

G-1

※1 表面にて家族の職業に有を記入された方は、ご職業を下記に記入してください。

氏　　名	職　　業
全 国 歯　彩	☑組合員と同一の医療機関に勤務する者（職種：事務　　） □その他（職業：　　事業所名：　　）
	□組合員と同一の医療機関に勤務する者（職種：　　） □その他（職業：　　事業所名：　　）
	□組合員と同一の医療機関に勤務する者（職種：　　） □その他（職業：　　事業所名：　　）
	□組合員と同一の医療機関に勤務する者（職種：　　） □その他（職業：　　事業所名：　　）

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。
（市区町村国保に加入または健康保険等に加入していない方は適切な手続きが必要となります。）

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
全 国 歯　茂	□社会保険　□市区町村国保　□国民健康保険組合（全国歯を含む） ☑後期高齢者医療制度　□その他（　　）
	□社会保険　□市区町村国保　□国民健康保険組合（全国歯を含む） □後期高齢者医療制度　□その他（　　）
	□社会保険　□市区町村国保　□国民健康保険組合（全国歯を含む） □後期高齢者医療制度　□その他（　　）
	□社会保険　□市区町村国保　□国民健康保険組合（全国歯を含む） □後期高齢者医療制度　□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

記 入 不 要

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　　社 労 士　名 前

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　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せください。）

加入区分	必要な添付書類等	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	□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） □（裏面）家族の健康保険等加入状況の記載 □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	新規1種組合員 歯科医師会 加入の歯科医師	□預金口座振込依頼書 □健康保険適用除外承認申請書　※
		従　業　員	□（裏面）就労証明書の記載 □健康保険適用除外承認申請書　※
70歳以上の方	□「市町村民税課税証明書」等所得のわかる証明書	外国国籍の方	□国籍、在留資格、在留期間の記載がある住民票の原本 □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

※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。