

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。
(区市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正な手続きが至急必要となります)

氏 名	生年月日 <input type="checkbox"/> 内のいずれかに✓を入れて下さい	現在加入している健康保険等 <input type="checkbox"/> 内のいずれかに✓を入れて下さい
	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会(協会けんぽ) <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"/> 船保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会(協会けんぽ) <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"/> 船保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会(協会けんぽ) <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"/> 船保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会(協会けんぽ) <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"/> 船保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会(協会けんぽ) <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"/> 船保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・全国健康保険協会(協会けんぽ) <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"/> 船保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()

○ 国民健康保険法第19条第1項では、「組合員及び組合員の世帯に属する者は、当該組合が行う国民健康保険の被保険者とする」と規定されています(社会保険、その他の国保組合は除きます)。よって、当国保組合の場合、組合員と住民票の同一世帯に属する方は、世帯全員が当国保組合に加入するか、世帯全員で市町村国保に加入しなくてはなりません。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いたします。

注意：家族のみの追加加入の際は、下記の※1、※2 の記入は不要です。

(記入年月日)

平成 年 月 日

就 労 証 明 書 (※1)

下記の者が当診療所に就労し雇用していることを証明いたします。

記

氏 名

就労開始年月日 昭和 年 月 日
(該当欄に✓を記入) 平成

診 療 所 名 :

1 種 組 合 員
又は : (印)
後期高齢者組合員

誓 約 書 (※2)

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国保組合に弁償することを誓約します。

1. 住所の変更・家族異動のあったときは、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ときは、直ちに被保険者証を返還する。

(記入年月日)

平成 年 月 日

(従業員) 氏 名

(印)