

<input type="checkbox"/>	組合員新規加入
<input type="checkbox"/>	家族追加加入

決裁	支部長	支部常務理事	係 員
	完了年月日		

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

内をご記入ください

内のいづれかに✓をご記入ください

全国歯科医師国民健康保険組合 加入申込書・被保険者資格取得届

枚目 / 枚中

〇〇〇 〇〇〇

この届書は当組合規約九条に基づき記載いただくものです。
 同一世帯で当組合に加入されない家族の健康保険等の加入状況につきましては裏面に記載してください。
 資格確認のため世帯主の住民票と以前加入していた健康保険の資格喪失証明書(市町村国保の場合は被保険者証の写し)を添付してください。その他必要書類は支部事務所までお問い合わせ下さい。
 同一世帯の者は住民登録を同一にする方です。
 家族4名以上の場合はこの用紙を2枚ご使用ください。2枚目は家族欄のみ記入
 従来加入の医療保険が同一の場合は1名のみご記入いただき、その他の方は「同上」に✓をご記入ください。

組合員		家族		家族		家族	
被保険者氏名		被保険者氏名		被保険者氏名		被保険者氏名	
フリガナ		フリガナ		フリガナ		フリガナ	
性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
続柄	本人	続柄		続柄		続柄	
国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他 ()	国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他 ()	国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他 ()	国籍	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他 ()
職業	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 技士 <input type="checkbox"/> 衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他 免許登録年(歯科医師、技士、衛生士) <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 ※左記は任意記入	取得理由	(従来加入の医療保険の確認)	取得理由	(従来加入の医療保険の確認)	取得理由	(従来加入の医療保険の確認)
資格取得日	平成 年 月 日	資格取得日	平成 年 月 日	資格取得日	平成 年 月 日	資格取得日	平成 年 月 日
健康(健保組合・協会けんぽ)、共済組合	<input type="checkbox"/>	健康(健保組合・協会けんぽ)、共済組合	<input type="checkbox"/>	健康(健保組合・協会けんぽ)、共済組合	<input type="checkbox"/>	健康(健保組合・協会けんぽ)、共済組合	<input type="checkbox"/>
国保(市区町村国保、全国歯(当組合)、その他の国保組合)	<input type="checkbox"/>	国保(市区町村国保、全国歯(当組合)、その他の国保組合)	<input type="checkbox"/>	国保(市区町村国保、全国歯(当組合)、その他の国保組合)	<input type="checkbox"/>	国保(市区町村国保、全国歯(当組合)、その他の国保組合)	<input type="checkbox"/>
上記以外(生活保護の廃止、後期高齢者からの離脱(障害認定の取消))	<input type="checkbox"/>	上記以外(生活保護の廃止、後期高齢者からの離脱(障害認定の取消))	<input type="checkbox"/>	上記以外(生活保護の廃止、後期高齢者からの離脱(障害認定の取消))	<input type="checkbox"/>	上記以外(生活保護の廃止、後期高齢者からの離脱(障害認定の取消))	<input type="checkbox"/>
上記の医療保険について	<input type="checkbox"/> 加入中 <input type="checkbox"/> 資格喪失(平成 年 月 日)	上記の医療保険について	<input type="checkbox"/> 加入中 <input type="checkbox"/> 資格喪失(平成 年 月 日)	上記の医療保険について	<input type="checkbox"/> 加入中 <input type="checkbox"/> 資格喪失(平成 年 月 日)	上記の医療保険について	<input type="checkbox"/> 加入中 <input type="checkbox"/> 資格喪失(平成 年 月 日)
会員番号	(会員の場合記入) 備考	備考		備考		備考	
処理欄	<input type="checkbox"/> 1. 社保離脱 <input type="checkbox"/> 2. 生保廃止 <input type="checkbox"/> 3. 後期高齢者離脱 <input type="checkbox"/> 4. その他	処理欄	<input type="checkbox"/> 1. 社保離脱 <input type="checkbox"/> 2. 出生 <input type="checkbox"/> 3. 生保廃止 <input type="checkbox"/> 4. 後期高齢者離脱 <input type="checkbox"/> 5. その他	処理欄	<input type="checkbox"/> 1. 社保離脱 <input type="checkbox"/> 2. 出生 <input type="checkbox"/> 3. 生保廃止 <input type="checkbox"/> 4. 後期高齢者離脱 <input type="checkbox"/> 5. その他	処理欄	<input type="checkbox"/> 1. 社保離脱 <input type="checkbox"/> 2. 出生 <input type="checkbox"/> 3. 生保廃止 <input type="checkbox"/> 4. 後期高齢者離脱 <input type="checkbox"/> 5. その他
新規加入者の住所 (住民票の記載どおり記入、異なる場合は現住所を記入)		〒 -		自宅または携帯電話 () -		1種組合員又は後期高齢者組合員 記号・番号 全歯 -	
診療所名		〒 -		1種組合員又は後期高齢者組合員 記号・番号 全歯 -		医療機関コード (新規、更新時のみ記入)	
診療所所在地		〒 -		電話 () -			
記入年月日		平成 年 月 日		1種組合員 又は 後期高齢者組合員		①	

診療所に勤務する従業員の新規加入の場合
 は裏面の在職証明書を雇用主・法人の代表
 である歯科医師がご記入ください

上記のとおり申請いたします。
 全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

処理欄	資格取得	住所マスタ	被保険者証作成	所得割	口座振替		
-----	------	-------	---------	-----	------	--	--



※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。

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)