

(様式21号)

全国歯科医師国民健康保険組合
国民健康保険被保険者資格取得届書

被保険者記号・番号	全歯	適用除外	通知年月日	平成	・	・	承認年月日	平成	・	・
住所 (自宅)	〒		電話番号 (-	-	就労年月日	平成	・	・
							免許年月日	昭和	・	平成

コンピュータ処理
資格取得
住所マスタ
保険証
所得割

台帳処理
組合員名簿
異動調整簿
被保険者台帳

世帯毎にご記入ください。

フリガナ 被保険者氏名	続柄	※1.職種	性別	生年月日	資格取得 年月日	※2 取得理由	喪失年月日	その他
		雇用される事業所名						
1	本人	※1・2・3・4・5・6	5 男	昭和・平成	昭和・平成	※1・2 3・4 5	平成	・
			6 女	・	・			
2			5 男	昭和・平成	昭和・平成	※1・2 3・4 5	平成	・
			6 女	・	・			
3			5 男	昭和・平成	昭和・平成	※1・2 3・4 5	平成	・
			6 女	・	・			
4			5 男	昭和・平成	昭和・平成	※1・2 3・4 5	平成	・
			6 女	・	・			
5			5 男	昭和・平成	昭和・平成	※1・2 3・4 5	平成	・
			6 女	・	・			

上記のとおり住民票(世帯全員記載のもの)を添えて届けます。

平成 年 月 日

- ※1 職種
1. 歯科医師
2. 技工士
3. 衛生士
4. 歯科助手
5. 事務
6. その他

- ※2 取得理由
1. 社保離脱
2. 出生
3. 生保廃止
4. 後期高齢者離脱
5. その他

1種組合員

医療機関コード

□□□□□□□□

〒
診療所住所

1種組合員記号番号 全歯

□□ - □□□□□□□□

氏 名

印

電話番号 (

-

-

)

支部長	支部常務理事	係



※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。