

記入例

全国歯 合 被保険者資格取得届(1種組合員勤務医/2種組合員用) 1-1

- ※太枠内の項目について、『記入方法(用紙2-2)』を参考にご記入・押印をお願いいたします。
- ※自署の場合は押印省略可。
- ※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	コクホ ヤスオ 国保 康男			全歯	※自署の場合は押印省略可	資格取得日	令和 00年 00月 00日			当組合に加入する日を記入
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 checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 00 00 00	本人	<input type="checkbox"/> 健保(健保組合・協会けんぽ)、共済組合 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 日本以外 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合 国名記入)				
勤務形態	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤・ <input type="checkbox"/> 非常勤(パート)		職業	<input checked="" type="checkbox"/> 歯科医師 府県歯科医師会への加入について: <input type="checkbox"/> 加入 <input checked="" type="checkbox"/> 未加入						
住所(自宅) ※住民票の住所又は居所の住所	〒 000 - 0000 000000市2-2-2 電話番号: 0000 - 0000 - 0000									
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			
コクホ イチコ 国保 一子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 00 00 00	妻	<input type="checkbox"/> 健保(健保組合・協会けんぽ)、共済組合 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 日本以外 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合 国名記入)			
コクホ ジロウ 国保 二郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 00 00 00	子	<input type="checkbox"/> 健保(健保組合・協会けんぽ)、共済組合 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 日本以外 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合 国名記入)			
コクホ ミツコ 国保 三子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 00 00 00	子	<input type="checkbox"/> 健保(健保組合・協会けんぽ)、共済組合 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 日本以外 (<input checked="" type="checkbox"/> の場合 国名記入)			
※加入する家族の方が4名以上の場合は、この用紙をコピーしてください。 (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) 令和 00年 00月 00日 ←(必ず記入してください)

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。

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 様

開設者又は管理者の1種組合員/後期高齢者組合員記入欄							支部受理受付印									
被保険者証記号・番号 (後期高齢者組合員証番号)	(記号)全歯 00		(番号) 00000000													
診療所所在地	〒 000 - 0000 000000市1-1-1															
診療所名 電話番号	全歯歯科医院 0000-0000-0000															
氏名	全歯 太郎			全歯	※自署の場合は押印省略可			<table border="1"> <tr> <td>処理欄</td> <td>資格取得</td> <td>被保険者証作成</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			処理欄	資格取得	被保険者証作成			
処理欄	資格取得	被保険者証作成														
医療機関コード (新規・変更時のみ記入)	0 0 0 0 0 0 0															

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	令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 承認	令和 年 月 日	

全国歯科医師国民健康保険組合に加入申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。(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。)

Table with 2 columns: 氏名 (Name) and 現在加入している健康保険等 (Current health insurance). Rows include 国保 四郎 and 国保 五子. Includes a red callout box: '健康保険に加入していない場合は、その他に「無」と記入' and a large red box: '住民票に記載されている方で、当組合に加入しない方を記入してください。'

○ 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(開設者又は管理者の1種組合員/後期高齢者組合員の方が必ず記入してください)

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)

令和 00 年 00 月 00 日

Table for employment certificate with fields: 氏名(加入される従業員) 国保 康男; 就労開始年月日 (該当個所へ等) 平成 00 年 00 月 00 日; 診療所(医療機関)名 全歯歯科医院; 開設者又は管理者の1種組合員氏名/後期高齢者組合員氏名 全歯 太郎. Includes a red circular stamp with '全歯'.

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(加入される従業員の方が必ず記入してください)

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)

令和 00 年 00 月 00 日

(1種組合員勤務医/2種組合員)

従業員氏名

国保 康男



※自署の場合は押印省略可

誓約書は、加入される従業員の方が記入してください。

全国歯科医師国民健康保険組合 被保険者資格取得届(1種組合員勤務医/2種組合員用) 2-

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 <small>コクホ ヤスオ</small> 国保 康男	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
フリガナ <small>コクホ イチコ</small> 国保 一子	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
フリガナ <small>コクホ ジロウ</small> 国保 二郎	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
フリガナ <small>コクホ ミツコ</small> 国保 三子	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7

のりしろ

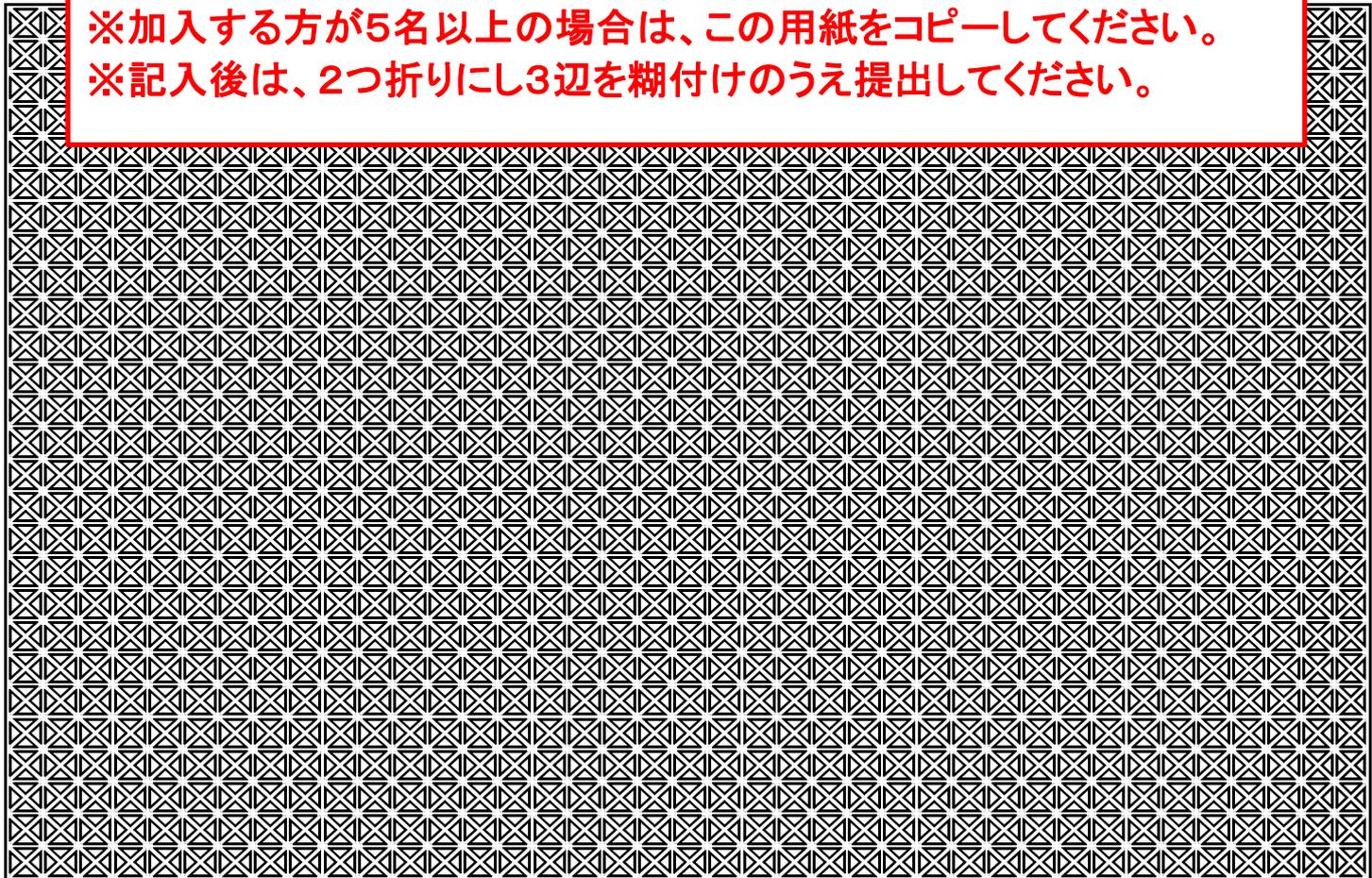
のりしろ

【個人番号の利用目的について】

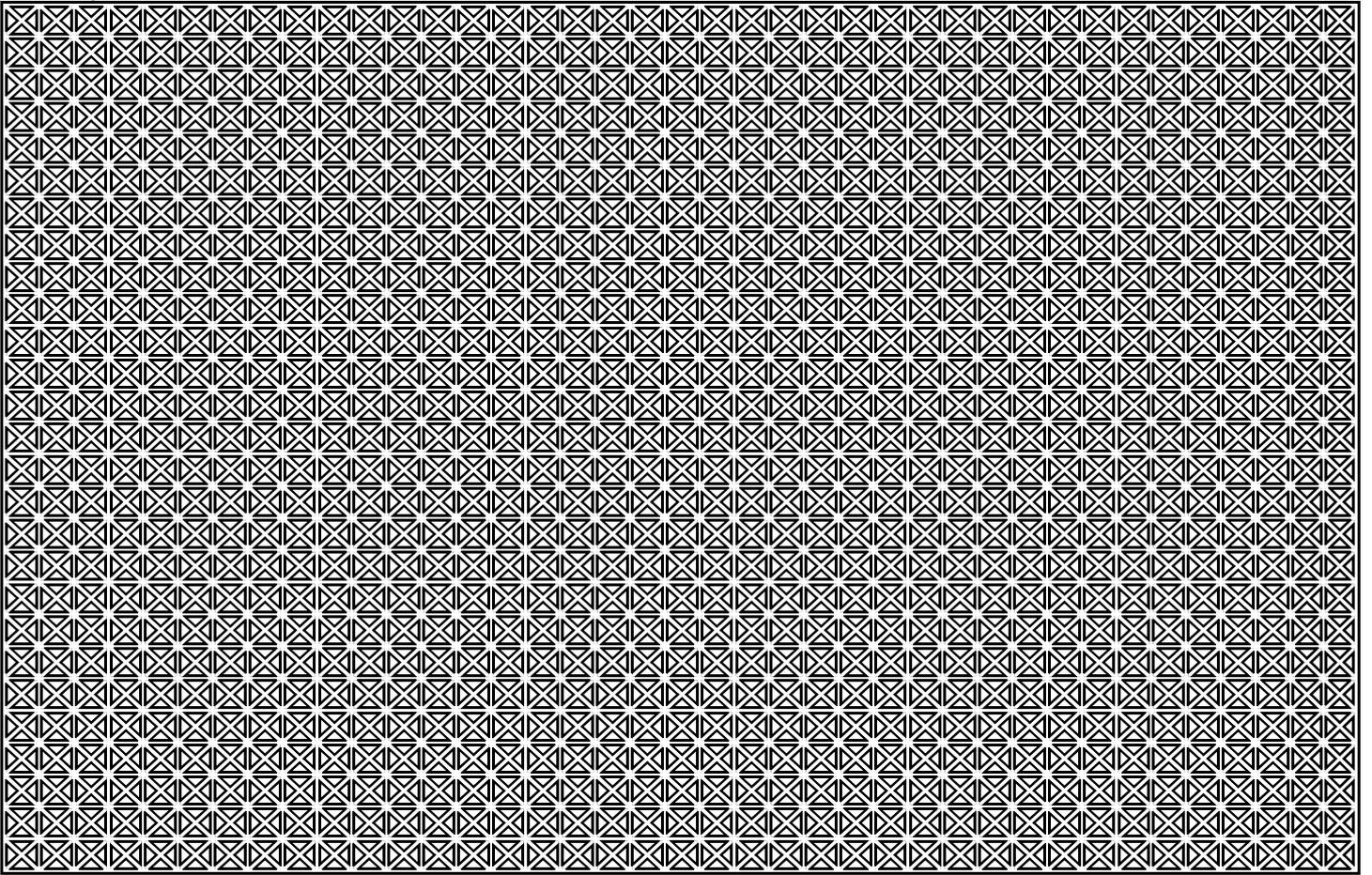
当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

※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。

- ※加入する方の個人番号(マイナンバー)を記入してください。
- ※加入する方が5名以上の場合は、この用紙をコピーしてください。
- ※記入後は、2つ折りにし3辺を糊付けのうえ提出してください。



(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「 <u>事実が発生した日(就職日)</u> 」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