

全 **記入例** 保険組合 被保険者資格取得届(家族追加加入用) 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。

※同一世帯で当組合に加入されない家族に関しては、裏面(若しくは別紙)の加入状況に記入願います。

※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。

家族が加入する2種・3種組合員(従業員)情報記入欄【※1種、後期の家族の場合は記入不要】										1社離	
被保険者証 記号・番号	(記号)	(番号)	フリガナ 組合員氏名 (委任者)		クミアイ ケンイチ 組合 健一		組合	※自署は押印 省略可		2出生	
	全歯 00	0000000								3生廃	
委任欄 下記の家族加入届出について、下記の1種組合員又は後期高齢者組合員に委任します。										4高離	
当組合に新しく加入する家族情報記入欄										5他	
資格取得日 ※出生の場合は出生年月日		令和 00年 00月 00日			当組合に加入する日(出生の場合は出生年月日)を記入						
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	
クミアイ ヤスエ 組合 康江		<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	年	月	日	子	<input type="checkbox"/> 健保(健保組合・協会けんぽ)、共済組合 <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合(全国歯を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 日本以外 <input type="checkbox"/> 日本国内(☑の場合 国名記入)	1 2 3 4 5	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日		<input type="checkbox"/> 健保(健保組合・協会けんぽ)、共済組合 <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合(全国歯を含む) <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 日本以外	1 2 3 4 5	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日		<input type="checkbox"/> 健保(健保組合・協会けんぽ)、共済組合 <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合(全国歯を含む) <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 日本以外	1 2 3 4 5	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日		<input type="checkbox"/> 健保(健保組合・協会けんぽ)、共済組合 <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国保組合(全国歯を含む) <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 日本以外	1 2 3 4 5	
<p>健康保険に加入していない場合は、その他に「無」と記入</p> <p>※加入する家族の方が5名以上の場合は、この用紙をコピーしてください。</p> <p>(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。</p>											

(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、申請します。

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 様

1種組合員又は後期高齢者組合員記入欄										
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) 000000000							
診療所所在地		〒 000 - 0000 〇〇〇〇〇〇市1-1-1								
診療所名		全歯歯科医院								
電話番号		0000-0000-0000								
氏 名		全歯 太郎							全歯	※自署の場合は 押印省略可
医療機関コード (新規・変更時のみ記入)		0	0	0	0	0	0	0		

支部受理受付印		

処理欄	資格取得	被保険者証作成	

決裁	支部長	支部常務理事	係員

適用除外			
<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。(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。)

氏名	現在加入している健康保険等
	<input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・船員保険・健康保険組合・共済組合) <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"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・船員 <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国民健康 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 社会保険(協会けんぽ・船員保険・健康保険組合・共済組合) <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"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他()

健康保険に加入していない場合は、その他に「無」と記入

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。

全国歯科医師国民健康保険組合 被保険者資格取得届(家族追加加入用) 2-1

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 クミアイ ヤスエ												
組合 康江	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
フリガナ												
フリガナ												
フリガナ												

のりしろ

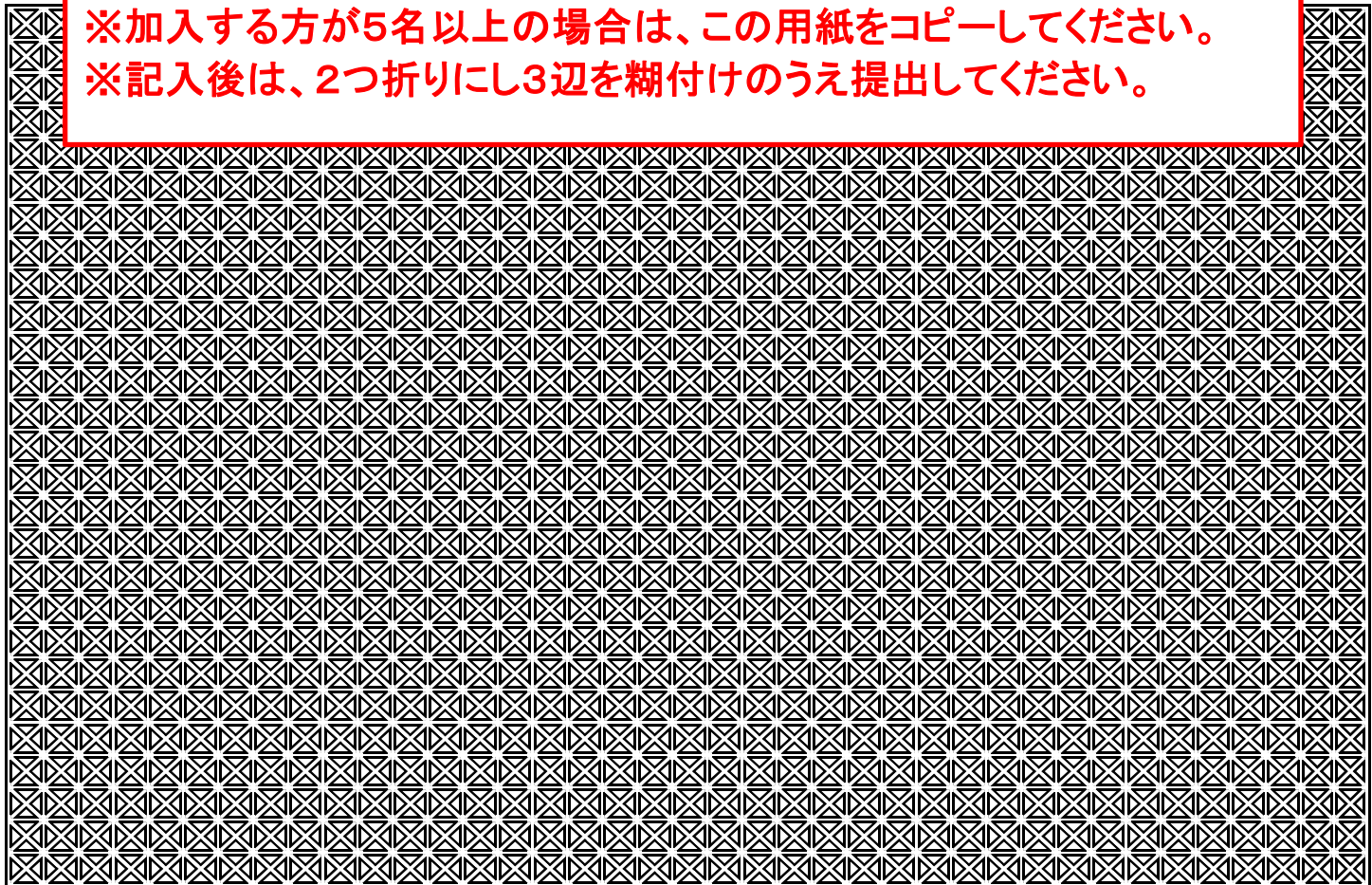
のりしろ

【個人番号の利用目的について】

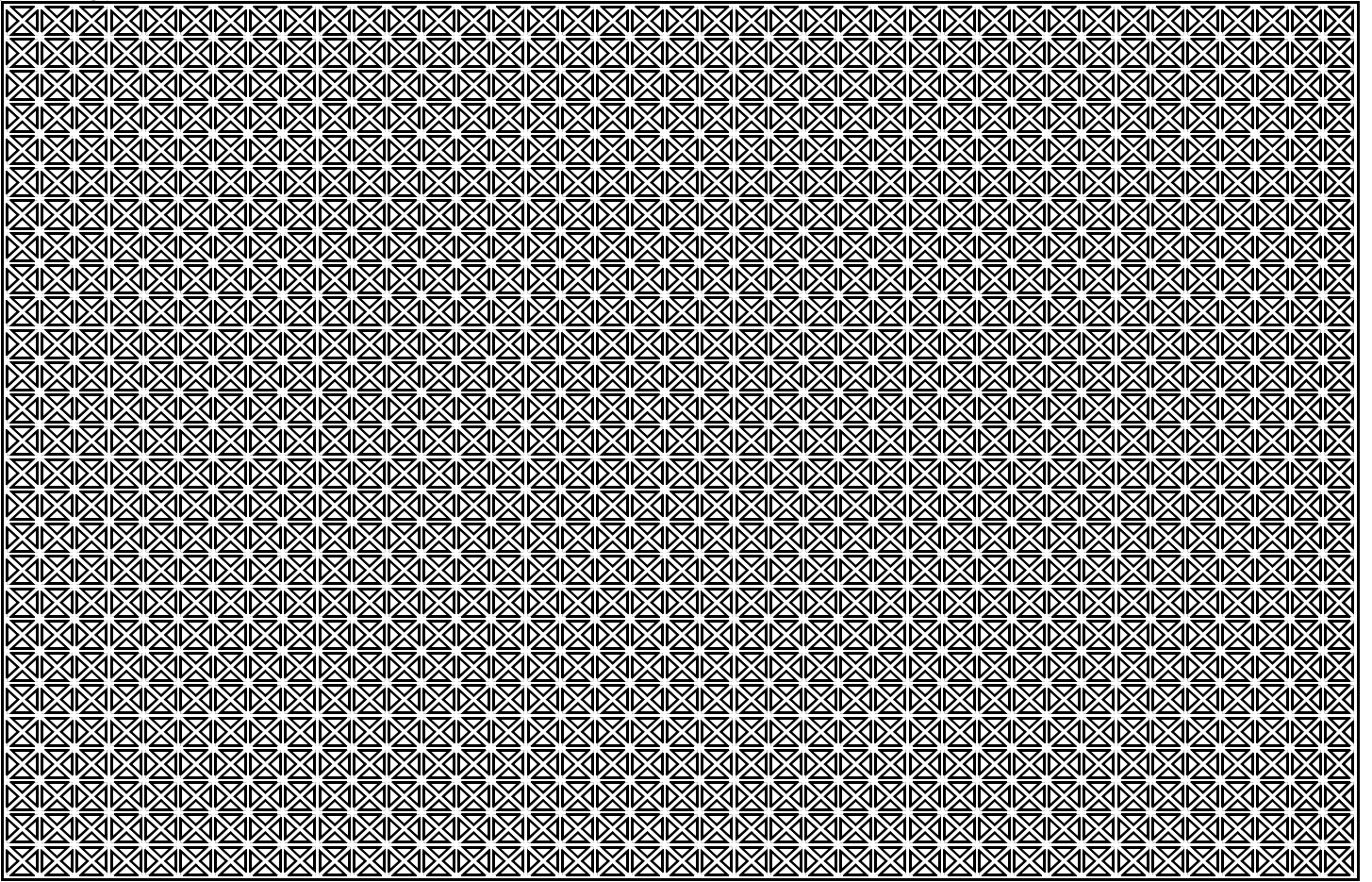
当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

※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(家族追加加入用)1-1]

家族が加入する2種・3種組合員(従業員)情報記入欄	
被保険者証記号・番号	被保険者証に記載されている「記号・番号」を記入してください
組合員氏名(委任者)	届出を委任する従業員である2種・3種組合員の本人氏名を記入してください

家族情報記入欄	
資格取得日	当組合へ加入する日を記入してください(出生の場合は出生年月日)
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・・・「その他」に「無」と記入してください

[被保険者資格取得届(家族追加加入用)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

[被保険者資格取得届(家族追加加入用)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	・届出時に手元がない場合は、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(家族の方が法人役員、従業員の場合)	・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「 事実が発生した日(就職日) 」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