

個人番号制度導入に伴う国民健康保険法施行規則改正により、平成29年1月1日以降の届出は、個人番号（マイナンバー）を記載していただきます。マイナンバーの記載にご協力をお願いします。

情報漏洩を防ぐため、取り扱いには細心の注意を払います。

【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。

様式は全国歯HPからダウンロードできます。

組合に加入するには > **加入・喪失時に必要な書類一覧**

それぞれ、1種組合員用、2種組合員用、3種組合員用、と家族追加加入用になります。

ご不明な点は支部事務所へお問い合わせ下さい。



全国歯科医師国民健康保険組合 被保険者資格取得届(1種組合員用) 1-1

※太枠内の項目について、『別紙の記入方法』を参考にご記入・押印をお願いいたします。
 ※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。

当組合に加入する組合員情報記入欄											
フリガナ				資格取得日		平成 年 月 日		1社離 3生保 4高離 5他			
氏名				◎							
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 type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	本人	<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"/> 上記以外()			<input type="checkbox"/> 日本以外		
診療所所在地		〒		-		医療機関コード					
診療所名						歯科医師会 会員番号					
住所(自宅) ※住民票の住 所又は居所の 住所地		〒		-		電話番号: - -		(診療所所在地と同じ場合は「同上」の記入でも結構です)			
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	
		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成	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"/> 上記以外()			<input type="checkbox"/> 日本以外
		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成	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"/> 上記以外()			<input type="checkbox"/> 日本以外
		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成	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"/> 上記以外()			<input type="checkbox"/> 日本以外
【必要書類】		①世帯全員の住民票(記載事項に省略がないもの、ただし個人番号除く) ②加入する方の以前加入の健康保険資格喪失証明書(市区町村国保の場合は被保険者証の写し) ③預金口座振替依頼書 ④保険料算定資料提供同意書 ⑤個人番号(マイナンバー)確認書類:「通知カード(写し)もしくは個人番号カード(写し)」 ⑥健康保険適用除外承認申請書(厚生年金に加入する方のみ) (注意)70歳以上の方が加入する場合は、「市区町村住民税課税証明書」等が必要となります									

(記入年月日) 平成 年 月 日

上記のとおり、必要書類を添えて申請いたします。

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 様

支部受理受付印

処理欄	資格取得	被保険者証作成	所得割	口座振替		

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

※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。

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										
フリガナ										
フリガナ										
フリガナ										

のりしろ

のりしろ

Sample

【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。

谷折り

