

|                                 |  |                                 |    |       |    |         |
|---------------------------------|--|---------------------------------|----|-------|----|---------|
| 全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿             |  | 1種組合員の被保険者証 記号・番号(後期高齢者組合員証 番号) |    |       |    |         |
| 事業主確認欄 ※1種組合員または後期組合員が記入してください。 |  | 記号                              | 全歯 | 48    | 番号 | 1000001 |
| 1.上記の組合員及びその家族が加入することを承諾しました。   |  | 1種(後期)                          |    | 全国歯太郎 |    |         |
| 2.規約・規程を遵守することを誓います。            |  | 組合員氏名                           |    |       |    |         |

※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。

| 氏 名   | 職 業                                                                                                                |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 金 宣 浩 | <input type="checkbox"/> 組合員と同一の医療機関に勤務する者(職種: )<br><input checked="" type="checkbox"/> その他(職業: 個人事業主 事業所名: ○○工房 ) |
|       | <input type="checkbox"/> 組合員と同一の医療機関に勤務する者(職種: )<br><input type="checkbox"/> その他(職業: 事業所名: )                       |
|       | <input type="checkbox"/> 組合員と同一の医療機関に勤務する者(職種: )<br><input type="checkbox"/> その他(職業: 事業所名: )                       |
|       | <input type="checkbox"/> 組合員と同一の医療機関に勤務する者(職種: )<br><input type="checkbox"/> その他(職業: 事業所名: )                       |

住民票上同一世帯の方で、全国歯科医師国民健康保険組合に加入しない家族がいる場合は、下記に記入してください。  
(市区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切な手続きが必要となります。)

| 全国歯科医師国民健康保険組合に加入申し込みしない家族の健康保険等加入状況 |                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 氏 名                                  | 現在加入している健康保険等                                                                                                                                                                            |
| 組 合 進                                | <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合(全国歯を含む)<br><input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 組 合 幸 子                              | <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合(全国歯を含む)<br><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 <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合(全国歯を含む)<br><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 <input type="checkbox"/> 市区町村国保 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合(全国歯を含む)<br><input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> その他( )            |

従業員の加入申し込みの時には、下記の就労証明書を1種組合員または後期高齢者組合員が必ず記入してください。

就 労 証 明 書

従 業 員 氏 名組 合 康 江加入される従業員の職種衛生士

就 労 開 始 年 月 日令和 4 年 5 月 1 日

医療機関名○○○○デンタルクリニック

上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。

令和 4 年 4 月 5 日

1種組合員氏名または  
後期高齢者組合員氏名全 国 歯 太 郎

代理人(社会保険労務士等)を通して届け出る場合は、下記の委任状を記入してください。また代理人の身分証の写し(例:運転免許証、パスポート等の写し)を添付してください。

委 任 状

代 理 人社 労 士 名 前

私は、上記の者を代理人と定め、全国歯科医師国民健康保険組合への資格取得の手続きを委任します。

令和 4 年 4 月 5 日

1種組合員氏名または  
後期高齢者組合員氏名全 国 歯 太 郎 ㊞ (自署または押印が必須)

代理人を通じて届出を提出する場合は、委任状を記入のうえ、代理人の方の身分証の写しを添付してください。

添付書類について(詳しくは支部事務所へお問い合わせください。)

| 加入区分                  | 必要な添付書類等                                                                                                                                                                                                            | 加入区分                        | 必要な添付書類等                                                                                                          |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 加入手続き<br>される<br>すべての方 | <input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票の原本<br>(3カ月以内に発行された続柄等記載されたもの)<br><input type="checkbox"/> 〔裏面〕家族の健康保険等加入状況の記載<br><input type="checkbox"/> 健康保険被保険者資格喪失証明書または、<br>市区町村国保へ加入中の方は(被保険者証/資格確<br>認書/資格情報のお知らせ)の写し | 新規1種組合員<br>歯科医師会<br>加入の歯科医師 | <input type="checkbox"/> 預金口座振込依頼書<br><input type="checkbox"/> 健康保険適用除外承認申請書 ※                                    |
|                       |                                                                                                                                                                                                                     | 従 業 員                       | <input type="checkbox"/> 〔裏面〕就労証明書の記載<br><input type="checkbox"/> 健康保険適用除外承認申請書 ※                                 |
| 70歳以上の方               | <input type="checkbox"/> 「市町村民税課税証明書」等所得のわかる証明書                                                                                                                                                                     | 外国国籍の方                      | <input type="checkbox"/> 国籍、在留資格、在留期間の記載がある住民票の原本<br><input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書、外国人登録証明書<br>のいずれかの写し |

※健康保険適用除外承認を受けて組合に加入している事業所に新たに加入する組合員は、健康保険適用除外承認申請書が必要になります。  
※被保険者の個人番号(マイナンバー)は、番号法別表第1の第30項に規定する「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料等の徴収に関する業務」にお  
いて、適用・給付および徴収業務で利用します。