

国民健康保険被保険者資格取得(加入申込票)届

加入区分	第1種組合員 (道歯会員)	第2種組合員 (勤務歯科医師・その他の従業員)
	新規加入・追加加入	



(いずれかに○印をつけて下さい)

被保険者証 記号・番号		道歯		資格取得年月日		令和 年 月 日			
被保険者となる者の氏名		性別	生 年 月 日			年齢	組合員 との続柄	職 業	加入の理由 (以前に加入の保険)
		マイナンバー (12桁)							
組合員	1	男・女	昭・平・令	年	月	日	本人	歯科医 ・ その他	(○印をつけて下さい)
家族	2	男・女	昭・平・令	年	月	日			〃 (国保離脱)
									生 保 廃 止
	3	男・女	昭・平・令	年	月	日			出 生
									移 行
	4	男・女	昭・平・令	年	月	日			その他 (社保離脱)
						〃 (国保離脱)			
5	男・女	昭・平・令	年	月	日				

第1種組合員 (道歯会員)	※ (診療所住所診療所名)	〒	—		TEL	—	—
					FAX	—	—
	自宅住所(連絡先)	〒	—		TEL	—	—
					FAX	—	—
	氏名	マイナンバー (12桁)					
第2種組合員 (従業員)	自宅住所(連絡先)	〒	—		TEL	—	—
	氏名	マイナンバー (12桁)					

※事業主の証明欄	上記の内容に相違ないことを証明します。 事業主氏名
	令和 年 月 日(届出日を記入) ㊟

- (註) 1. 太枠内はすべてご記入下さい。 ※については、必ず記載して下さい。
2. マイナンバー(12桁)をご記入いただき、マイナンバーの提出も必要です。
- ※マイナンバーの提出方法(住民票に記載されたもの又は、マイナンバーカード又は個人番号カードのコピーを添付)
3. 世帯全員分の氏名が記載された住民票の原本を添付して下さい。
4. 第2種組合員の届出は、第1種組合員および事業主を経由してご提出下さい。

被保険者証交付・追加		被保険者台帳記入	
年	月	日	
年	月	日	

国民健康保険被保険者資格取得(加入申込票)届

《記入例》


加入区分	第1種組合員 (道歯会員)	第2種組合員 (勤務歯科医師・その他の従業員)
	新規加入・追加加入	

得

(いずれかに○印をつけて下さい)

被保険者証 記号・番号		道歯		資格取得年月日		令和 年 月 日			
被保険者となる者の氏名		性別	生 年 月 日 マイナンバー (12桁)			年齢	組合員 との続柄	職 業	加入の理由 (以前に加入の保険)
組 合 員	1	男・女	昭・平・令	年	月	日	本人	歯科医 その他	(○印をつけて下さい) 新規雇用(社保離脱)
	2	男・女	昭・平・令	年	月	日			" (国保離脱)
	3	男・女	マイナンバーを記入して下さい						生 保 廃 止
	4	男・女	昭・平・令	年	月	日			出 生
	5	男・女	昭・平・令	年	月	日			移 行
家 族									その他 (社保離脱)
									" (国保離脱)

第1種組合員	※ (道歯会員)	〒	—	TEL	—	—
	診療所住所 (診療所名)			FAX	—	—
	自宅住所 (連絡先)	〒	—	TEL	—	—
	氏名	マイナンバー (12桁)				
第2種組合員	(従業員)	〒	—	TEL	—	—
	自宅住所 (連絡先)			FAX	—	—
	氏名	マイナンバー (12桁)				

※事業主の証明欄	上記の内容に相違ないことを証明します。	事業主氏名
	令和 年 月 日(届出日を記入)	捺印して下さい。 

- (註) 1. 太枠内はすべてご記入下さい。 ※については、必ず記載して下さい。
 2. マイナンバー(12桁)をご記入いただき、マイナンバーの提出も必要です。
 ※マイナンバーの提出方法(住民票に記載されたもの又は、マイナンバーカード又は個人番号カードのコピーを添付)
 3. 世帯全員分の氏名が記載された住民票の原本を添付して下さい。
 4. 第2種組合員の届出は、第1種組合員および事業主を経由してご提出下さい。

被保険者証交付・追加	被保険者
年 月 日	年 月

住民票を原本を添付してください。