

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)	
										新規雇用(社保離脱)
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		—	—
			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) ㊟

- (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 家族	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 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)	※(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)	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。