

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 (いずれかに○印をつけて下さい)	

得

被保険者証 記号・番号		道歯		資格取得年月日		平成	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)
家族	1	男・女	昭・平	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	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	年	月	日			出 生 移 行
	5	男・女	昭・平	年	月	日			その他 (社保離脱) " (国保離脱)

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
	平成 年 月 日(届出日を記入) (印)

捺印して下さい。

- (註) 1. 太枠内はすべてご記入下さい。 ※につ
2. マイナンバー(12桁)をご記入願います。
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種組合員が

被保険者証交付・追加	住民票を原本を添付して下さい
年 月 日	年 月 日

住民票を原本を添付して下さい