

事コ

--	--	--	--	--	--

適用除外事業所（法人・個人）用

国民健康保険被保険者
資格取得届
(1種・2種・3種・本人・家族)

決 裁	副理事長	常務理事		事務長	次長	課長	係長	担当
	年 月 日							

記号	番 号						※マイナンバーの記載と(4)利用登録 のチェックがない場合、資格取得ま でに時間を要する場合がございます。	受付番号		
32										

※続柄は長男・長女等詳しく記入ください。
※「資格取得年月日」「確・知交付年月日」「データ入力日」は記入しないでください。

(1) フリガナ 今回加入する者の氏名		組合員との続柄 (例)長男・長女等	性別	生年月日		(2)取得理由 ※下記より選択	(3)職種 ※下記より選択	資格取得 年月日 記入しないでください	確・知 交付年月日 記入しないでください	データ入力日 記入しないでください								
マ イ ナ ン バ ー																		
		本人	1男 2女	5昭 7平 9令	年 月 日			年 月 日	年 月 日	年 月 日								
		(4)マイナンバーカードの健康保険証利用登録を行っていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																
		家族(続柄)	1男 2女	5昭 7平 9令	年 月 日													
		(4)マイナンバーカードの健康保険証利用登録を行っていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																
		家族(続柄)	1男 2女	5昭 7平 9令	年 月 日													
		(4)マイナンバーカードの健康保険証利用登録を行っていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																
		家族(続柄)	1男 2女	5昭 7平 9令	年 月 日													
		(4)マイナンバーカードの健康保険証利用登録を行っていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																

* 資格取得理由 2.社会保険等離脱(離脱証明書添付) 4.出生 5.新規採用 6.結婚 8.後期高齢者離脱(家族は喪失等証明書添付) 9.その他
* 職 種 A.勤務医 B.技工士 C.衛生士 D.助手 E.事務・受付・その他

(5) 上記のとおり世帯全員分の住民票原本(3か月以内の個人番号の記載が無いもの)と、「マイナンバーカード」
又は「通知カード」の写し(組合員のみ)を添えてお届けします。

組 合 員		住 所
(本 人)		フリガナ 氏 名 ⑩
電話番号()

(6) 上記のとおり勤務者及びその家族の加入をお届けします。

院 長	所属の地域(郡市)歯科医師会	歯科医師会
(第1種組合員)	診 療 所 〓	診 療 所
	の 住 所	の 名 称 歯科医院
	フリガナ 院長氏名	⑩
電話番号()	

(注)当組合でデータ登録が完了するまでマイナンバーカードによる受診はできません。
なお、氏名・マイナンバー・性別・生年月日・住所を正確にご記入いただいた
場合は適用除外承認証を受理後、5営業日以内にデータ登録が完了いたします。

第1種組合員加入時のみ証明欄
神奈川県歯科医師会 ⑩

* 裏 面 も ご 記 入 く だ さ い 。

受 付 日	送 付 日			

(7)

◎ 今回加入する方に対して、次のことをお尋ねいたしますのでご記入してください。

イ) 今回就職したのはいつですか(従業員のみの記入) 年 月 日

ロ) 以前の健康保険等はどちらですか(○で囲む) 社会保険・市町村国保・共済組合
他の国保組合・後期広域連合・歯科医師国保
生活保護

ハ) 現在、その健康保険等は加入していますか、喪失していますか(○で囲む) ... 加 入 中 ・ 喪 失 済
※すでに喪失されている場合は喪失年月日を必ず記入してください 年 月 日

ニ) 今回加入する方のうち、健康保険を利用して入院又は通院中の方は は い ・ い い え
いますか(○で囲む) ※自費診療は除きます。 ※「はい」の方は下記事項を必ず記入してください

受診者名 傷病名 初診年月日 年 月 日

※上記の傷病が交通事故など第三者行為によるものですか(は い ・ い い え)

受診者名 傷病名 初診年月日 年 月 日

※上記の傷病が交通事故など第三者行為によるものですか(は い ・ い い え)

(8)

誓 約 書

神奈川県歯科医師国保組合加入にあたり、偽って下記の事項に違反し迷惑をかけた場合は、その生じた一切の費用を国保組合に弁償することを誓約します。

1. すでに発生している疾病又は事故の加療を目的としておりません。
2. 住所・氏名変更、家族異動のあったときは、14日以内に所定の届出用紙をもって組合に届けます。
3. 被保険者資格喪失のときは、直ちに所定の届出用紙に被保険者証又は、資格確認書、資格情報のお知らせを添えて組合に届けます。

記入日 年 月 日

組 合 員 氏 名
(本 人)

㊞

(9)

上記のことについて保証いたします。

記入日 年 月 日

院 長 氏 名
(第1種組合員)

㊞

神奈川県歯科医師国民健康保険組合理事長殿

~~~~~\* 別紙の記入方法をご参考のうえ、ご記入ください。~~~~~