

事コ

	副理事長	常務理事	事務長	次長	課長	係長	担当
決裁							

年 月 日

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)

記号	番 号							受付番号			
32											
(1) フリガナ 今回加入する者の氏名 <small>(例)長男・長女等</small>		組合員との続柄	性別	生年月日			(2) 取得理由 <small>※下記より選択</small>	(3) 職種 <small>※下記より選択</small>	資格取得年月日 <small>記入しないでください</small>	確交付年月日 <small>記入しないでください</small>	データ入力日 <small>記入しないでください</small>
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	
(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											
<small>(例)長男・長女等</small>		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											
<small>(例)長男・長女等</small>		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											
<small>(例)長男・長女等</small>		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 印
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(都市)歯科医師会 歯科医師会

(第1種組合員) 診療所 〒 の住所 診療所 の名称 齧科医院
フリガナ 院長氏名 印
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 印

*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 濟
※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。

- 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。
- 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。
- 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) 印

(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) 印

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。