

事コ

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

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 マ イ ナ ン バ ー		組合員との続柄 (例)長男・長女等	性別 1男 2女	生年月日 5 昭 年 月 日 7 平 9 令		(2)取得理由 ※下記より選択	(3)職 種 ※下記より選択	資格取得日 年 月 日 記入しないでください		確・知 交付年月日 年 月 日 記入しないでください		データ入力日 年 月 日 記入しないでください												
本人																								
		(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 ☐ はい ☐ いいえ																						
		家族(続柄) (例)長男・長女等	1男 2女	5 昭 年 月 日 7 平 9 令																				
		(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 ☐ はい ☐ いいえ																						
		家族(続柄) (例)長男・長女等	1男 2女	5 昭 年 月 日 7 平 9 令																				
		(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 ☐ はい ☐ いいえ																						
		家族(続柄) (例)長男・長女等	1男 2女	5 昭 年 月 日 7 平 9 令																				
		(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 ☐ はい ☐ 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。