

(第1種)
資格取得届

被保険者証番号	加入区分		新規 ・ 家族追加		
	資格取得年月日		令和 年 月 日		
氏 名		続柄	性別	生年月日	
(フリガナ)			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
(フリガナ)			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
(フリガナ)			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
(フリガナ)			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
職 種	取得事由	勤務形態	適用除外申請書 不要理由書	事業所形態	
<input type="checkbox"/> 1. 歯科医師 <input type="checkbox"/> 2. 歯科衛生 <input type="checkbox"/> 3. 歯科助手 <input type="checkbox"/> 4. 受付 <input type="checkbox"/> 5. その他 _____	<input type="checkbox"/> 2. 社保離脱 <input type="checkbox"/> 3. 出生 <input type="checkbox"/> 4. 勤務 <input type="checkbox"/> 5. その他 _____	<input type="checkbox"/> 1. 常勤 <input type="checkbox"/> 2. 非常勤 (労働時間が常勤の3/4以上) <input type="checkbox"/> 3. 非常勤 (労働時間が常勤の3/4以下)	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無	<input type="checkbox"/> 1. 医療法人 <input type="checkbox"/> 2. 個人 (厚生年金 強制適用) <input type="checkbox"/> 3. 個人 (厚生年金 任意加入) <input type="checkbox"/> 4. 個人	

本組合加入前の健康保険について必ずご記入ください。

国保 = _____ 月 _____ 日喪失 _____ 歯科医師国保 離脱事業所名 _____ 市町村国保 _____	社保 = 健 保 _____ 月 _____ 日喪失 共済保険 離脱事業所名 その他 _____
--	--

上記のとおり**必要書類(*)**を添えて届けます。

組合保険料については、私の奈良県歯科医師会費引落口座より徴収することを承諾します。

令和 年 月 日

第1種組合員 診療所住所 〒 _____

診療所名 _____

自宅住所 〒 _____

(TEL - - _____)

氏名 _____ (印)

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

*** 必要書類** 【本人】住民票 (世帯全員分 (世帯主・続柄が記載されたもの))、個人番号届出書及び確認書類
 【家族】住民票 (世帯全員分 (世帯主・続柄が記載されたもの))、個人番号届出書

備考：上記記載内容に相違が生じた場合は、必ず奈良県歯科医師国民健康保険組合に届出すること。

連絡なき場合は、変更があった時に遡り資格喪失となる場合があります。

交付・訂正日	異 動 整理簿	保険料	データ入力日	異 動 処理月	適用除外
				月	0. 非該当 1. 該当

事務長	次長	係員