（第２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
(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男・女	昭和 平成 令和　　年　月　日
(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男・女	昭和 平成 令和　　年　月　日
(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男・女	昭和 平成 令和　　年　月　日
(ﾌﾘｶﾞﾅ)		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
☐ 1.歯科医師 ☐ 2.歯科衛生 ☐ 3.歯科助手 ☐ 4.受付 ☐ 5.その他 ＿＿＿＿	☐ 2.社保離脱 ☐ 3.出生 ☐ 4.勤務 ☐ 5.その他 ＿＿＿＿	☐ 1.常勤 ☐ 2.非常勤 （労働時間が常勤の3/4以上） ☐ 3.非常勤 （労働時間が常勤の3/4以下）	☐ 1.有 ☐ 2.無	☐ 1.医療法人 ☐ 2.個人（厚生年金　強制適用） ☐ 3.個人（厚生年金　任意加入） ☐ 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。

上記の者は当医院で雇用していることを証明し、組合保険料については第１種組合員の奈良県歯科医師会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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

第２種組合員（本人）　自宅住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（TEL　　－　　－　　）
氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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

R5.10.1改訂