

(第3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		社保 = 健 保 _____ 月 _____ 日喪失		
_____ 歯科医師国保 離脱事業所名		_____ 共済保険 離脱事業所名		
_____ 市町村国保 _____		_____ 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	_____ (印)		
第3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