

個人番号（マイナンバー）届出書

【個人番号（マイナンバー）の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険組合法による保険給付の支給または保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します

被保険者番号	※組合記入欄	診療所名	
--------	--------	------	--

組合員	個人番号																			
	氏名																			
家族①	個人番号																			
	氏名																			
家族②	個人番号																			
	氏名																			
家族③	個人番号																			
	氏名																			

※今回加入される方の個人番号（12桁）をご記入ください。
※家族のみ追加加入の場合は、組合員の個人番号は記入不要。

添付書類（個人番号及び本人確認書類）

下記AまたはBをご提出ください。※家族の分は不要です

	個人番号確認書類	身元確認書類
A	個人番号（マイナンバー）カード（両面写し）	
B	個人番号通知カード（写し） または 個人番号の記載された住民票	運転免許証・パスポート等の 身分証明書（写し）

※住民票上同一世帯の方で、奈良県歯科医師国民健康保険組合に加入しない家族がいる場合は、下記に記入して下さい。

奈良県歯科医師国保組合に加入申し込みしない家族の健康保険等加入状況

氏名	現在加入している健康保険等
	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 当組合以外の健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 当組合以外の健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 当組合以外の健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 当組合以外の健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度 <input type="checkbox"/> その他

令和 年 月 日

奈良県歯科医師国民健康保険組合 殿

※国民健康保険法では、国保は世帯単位での加入であり、社会保険等の加入者を除いて、同一世帯に属するものは当該国保の被保険者とすることが定められています。そのため、一つの世帯内に市町村国保と国保組合が混在できません。

（国保組合どうしは可）同一世帯内に、市町村国保に加入中の家族がいる場合、家族と共に当組合に加入するか、家族と共に市町村国保に加入しなくてはなりません。当組合では、被保険者資格の適正化のために、加入や住所変更時に同一世帯内家族の医療保険の加入状況を確認させていただいております。ご協力お願いいたします。

入力日	確認印

係員