

(第3種)
資格取得届

組合員種別によって様式が異なります

記入例

被保険者証番号	[例] 本人・妻・長男等	加入区分	新規・家族追加
フリガナを必ずご記入ください。		資格取得年月日	令和 〇年 4月 1日
(フリガナ) コクホ ハナコ	続柄	性別	生年月日
国保 花子	本人	男 <input checked="" type="radio"/> 女	昭和 平成 令和 〇年〇月〇日
(フリガナ) コクホ タロウ	長男	<input checked="" type="radio"/> 男 女	昭和 平成 令和 〇年〇月〇日
(フリガナ)	すでに本人が加入していて、家族が追加で加入する場合は、家族のみご記入ください。	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
<input type="checkbox"/> 1. 歯科医師 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 3. 非常勤 (労働時間が常勤の3/4未満)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無
			事業所形態 <input type="checkbox"/> 1. 医療法人 <input checked="" 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
勤務形態で、「3、非常勤」にレをつけられた場合は、「1.有」にレを付けて、不要理由書をご提出ください。			
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 = 〇月 〇日喪失 歯科医師国保 市町村国保	離脱事業所名	社保 = 健保 〇月 〇日喪失 共済保険 その他	離脱事業所名 〇〇〇株式会社
上記のとおり必要書類(*)を添付し、 上記の者は当医院で雇用して、 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 〇年 〇月 〇日	第1種組合員 診療所住所 〒 000-0000 診療所名 〇〇〇〇歯科医院 氏名 〇〇 〇〇 (第1種組合員 (院長) 氏名) (印)		必ずご捺印 ください。
第3種組合員 (本人)	自宅住所 〒 000-0000 〇〇市〇〇町〇番地の〇 (TEL 0000 - 0000 - 0000) 国保 花子 (加入者本人氏名)		
第3種本人の住所・氏名をご記入ください。			
奈良県歯科医師会国民健康保険組合 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会国民健康保険組合に届出すること。

住民票は世帯全員の氏名・続柄・世帯主が記載されたものをご提出ください。

(奈歯国保に加入しない方の分も必要です。)

個人番号届出書には添付書類が必要です。(必要書類は個人番号届出書に記載しています。)

交付	係員
----	----