|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 理事長 | 常務理事 | 事務局長 | 課長 | 副課長 | 係 |
|  |  |  |  |  |  |

**国民健康保険被保険者資格取得届（第２種組合員）**

事務局使用欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| システム | 台帳記入 | 調定通知 | 保険証発行 | 異 動 簿 |
|  |  |  |  |  |

**裏面のマイナンバー等も必ず記入してください。**

様式　第1号の1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 |  | 資格取得年 月 日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 加入区分 | 新規 ・ 追加 | 取得理由 | 1 社保離脱　2 出生 3 その他(　　　 　　) |
| 勤務形態（組合員本人のみ） | 常勤 ・ 非常勤 | * 職業欄に勤務医・歯科衛生士・歯科技工士・歯科助手・受付等の

職種を記入してください。（組合員本人のみ） |
| 被保険者となる者の氏名 | 組 合 員との続柄 | 性別 | 生年月日 | 職　業 |
| 1 | フリガナ |  | 男･女 | 昭和・平成・令和　年　　月　　日 |  |
|  |
| 2 | フリガナ |  | 男･女 | 昭和・平成・令和年　　月　　日 |  |
|  |
| 3 | フリガナ |  | 男･女 | 昭和・平成・令和年　　月　　日 |  |
|  |
| 4 | フリガナ |  | 男･女 | 昭和・平成・令和年　　月　　日 |  |
|  |
| 5 | フリガナ |  | 男･女 | 昭和・平成・令和年　　月　　日 |  |
|  |
| 上記のとおり届けます。　　令和　　年　　月　　日　　組合員自宅住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　）組合員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印診療所名称診療所住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（第1種組合員）　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　）事業主氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印**埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長　様** |

**（添付書類）**

**１　世帯全員の住民票（発行日から3か月以内で続柄が記載されているもので、マイナンバーの記載がないもの）**

**２　個人番号カードの表・裏のコピー**

**３　上記２が無い場合は、通知カードのコピーと運転免許証のコピーまたは、パスポートのコピー等**

|  |  |
| --- | --- |
| 委任欄 | この届出を下記の代理人に委任します。　令和　　年　　月　　日代理人　　 住　　所氏　　名組合員氏名　 　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

* **社会保険労務士事務所などからの持ち込みや郵送の場合は、委任欄にご記入のうえ代理人の身元確認**

**（個人番号カード、運転免許証、パスポート等）の提示、郵送の場合はコピーの添付が必要です。**

**１　マイナンバー（個人番号）の記入（本組合加入者のみ）**

マイナンバー（個人番号）について、組合規約第8条に規定する国民健康保険法施行規則第2条により以下のとおり届けます。

【個人番号の利用目的】

本組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第１の第30の項「国民健康保険法による保険給付の支給又は、保険料の徴収に関する事務」において適用、給付及び徴収業務で利用します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 被 保 険 者 氏 名 | 個 人 番 号（12桁） |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* **事業所経由、社会保険労務士事務所等に委任して提出される場合は、マイナンバー**

**（個人番号）を記入して隠れるように保護シールを貼ってください。**

**２　健康保険等の世帯加入状況報告書**

世帯の加入状況について、組合規約第8条に規定する国民健康保険法第6条により以下のとおり報告します。（住民票に記載されている本人を含む、世帯全員の状況を記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 世帯に属する者 | **※** | № | 世帯に属する者 | **※** |
| １ | (氏名)(性別)　男・女 (続柄)(生年月日)昭・平・令　　年　　月　　日 |  | ５ | (氏名)(性別)　男・女 (続柄)(生年月日)昭・平・令　　年　　月　　日 | 　 |
| ２ | (氏名)(性別)　男・女 (続柄)(生年月日)昭・平・令　　年　　月　　日 |  | ６ | (氏名)(性別)　男・女 (続柄)(生年月日)昭・平・令　　年　　月　　日 |  |
| ３ | (氏名)(性別)　男・女 (続柄)(生年月日)昭・平・令　　年　　月　　日 |  | ７ | (氏名)(性別)　男・女 (続柄)(生年月日)昭・平・令　　年　　月　　日 |  |
| ４ | (氏名)(性別)　男・女 (続柄)(生年月日)昭・平・令　　年　　月　　日 |  | ８ | (氏名)(性別)　男・女 (続柄)(生年月日)昭・平・令　　年　　月　　日 |  |

* 現在（申請時）加入している健康保険を番号で記入してください。

１　健康保険組合・協会けんぽ　　　２　共済組合　　　３　市町村国保

４　本組合国保　　　５　その他の国保組合　　　６　後期高齢者　　　７　無保険

（様式第1号の1の裏面）