

理事長	常務理事	事務局長	課長	副課長	係

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

国民健康保険被保険者資格取得届 (第2種組合員)

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					

裏面のマイナンバー等も必ず記入してください。

(添付書類)

- 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)
- 個人番号カードの表・裏のコピー
- 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、組合同約第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。

No.	被保険者氏名	個人番号（12桁）	【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。
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、組合同約第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。）

No.	世帯に属する者	※	No.	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