

【提出に際してのお願い】

届出用紙のコピー等は使用しないで下さい。(組合HPよりダウンロードしたものは使用出来ます)
 保険料は届出をされた翌月に調整し加入月から月単位で徴収します。
 同日の加入者がいる場合は、1枚にまとめてご記入下さい。
 届出用紙の提出と同時に、マイナンバー記載のある住民票(加入者全員)の原本及び雇用契約書のコピー(従業員のみの)の添付が必要です。

国民健康保険被保険者資格取得届

被保険者証 記号番号	正組合員(院長)の4桁の数字 <従業員加入の場合も必ず記入>				資格取得年月日	平成 年 月 日	加入希望日 月 日
氏名は必ず戸籍上の文字をご記入下さい							
(フリガナ) 被保険者となる者の氏名	正組合員 との続柄	職 種	性 別	生 年 月 日	前期高齢 対象者に 〇印	資 格 取 得 理 由	
1 (アイチ タロウ) 愛知太郎	従業員	歯科医師 歯科衛生士 歯科助手 その他	男 女	昭 平 43・5・5		・社会保険離脱 ・出生 ・生活保護廃止 ・その他 ・元世帯主又は被保険者が 後期高齢者制度へ移	
マイナンバー(12桁) No.		国保離脱の場合 「その他」を選択					
2 (アイチ ハナコ) 愛知花子	従業員の妻	歯科医師 歯科衛生士 歯科助手 その他	男 女	昭 平 45・3・3		準組合員(従業員)住所	
マイナンバー(12桁) No.		〒 460 - 0002 名古屋市中区丸の内*-*-*					
3 (アイチ イチロウ) 愛知一郎	従業員の長男	歯科医師 歯科衛生士 歯科助手 その他	男 女	昭 平 8・8・8		郵便番号も正しくご記入下さい	
マイナンバー(12桁) No.		マイナンバー(12桁)は 加入されるすべての方について ご記入いただくよう ご協力お願い申し上げます					
4 ()		歯科医師 歯科衛生士 歯科助手 その他	男 女	昭 平			
マイナンバー(12桁) No.							
加入している 国保又は社保	記号番号	中 さよて 45			記号番号		
	保険者名	協会けんぽ 愛知支部 5161			加入していた国保又は社保について必ずご記入下さい (保険証のコピー添付でも可) 未加入の場合でも最後に加入の保険を必ずご記入下さい	年	月
	世帯主又は被保険者名(生年月日)	愛知 太郎 (S43.5.5 生)	世帯主又は被保険者との続柄	本人、妻、 長男	年	月	日
	資格喪失年月日	平成 年 月 日			年	月	日
	事業名称	株式会社			事業名称		
	事業所所在地	名古屋市中区三の内* * *			事業所所在地		
記号番号				記号番号			
保険者名				保険者名			
世帯主又は被保険者名(生年月日)	() 生)	世帯主又は被保険者との続柄		世帯主又は被保険者名(生年月日)	() 生)	世帯主又は被保険者との続柄	
資格喪失年月日	年 月 日			資格喪失年月日	年 月 日		
事業名称				事業名称			
事業所所在地				事業所所在地			
平成 年 月 日	← 申請日(資格取得年月日以降の日)をご記入下さい						
正組合員住所	診療所住所、電話番号 氏名 及び正組合員(院長)の署名・捺印 (ゴム印も可…但しご捺印を忘れずに) 電話番号 ()						
愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長様							必ずご捺印下さい