

(第2種組合員用)

茨城県歯科医師国民健康保険組合

被保険者資格取得届

赤字の箇所を全て記入し、
住民票を添付してください。
(網掛けの箇所は未記入)

資格取得年月日	資格(第1種)	資格(第2種)	診療所区分
令和〇〇年〇〇月〇〇日	☐ 開設者 ☐ 管理者 ☐ 勤務医	☐ 歯科医師 ☐ 技工士 ☐ その他() ☒ 歯科衛生士 ☐ 歯科助手	☐ 医療法人 ☐ 個人(任意適用) ☐ 個人
組合員氏名	1週間の勤務時間		1ヶ月の勤務日数
従業員氏名 印	40 時間		20 日

診療所所在地	〒 — 電話番号 — —
資格取得する者の現住所	〒 〇〇〇 — 〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇 — 〇〇〇 — 〇〇〇〇 加入する従業員の現住所

資格取得する者の氏名	続柄	性別	生年月日	事由
フリガナ 〇〇〇 〇〇〇〇 従業員氏名	本人	男・女 昭・平・令	年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇	☐ 社保離脱 ☐ 出生 ☒ 国保(市町村)離脱 ☐ その他()
フリガナ 従業員氏名		男・女 昭・平・令	年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇	☐ 社保離脱 ☐ 出生 ☐ 国保(市町村)離脱 ☐ その他()
フリガナ 従業員氏名		男・女 昭・平・令	年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇	☐ 社保離脱 ☐ 出生 ☐ 国保(市町村)離脱 ☐ その他()
フリガナ 従業員氏名		男・女 昭・平・令	年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇	☐ 社保離脱 ☐ 出生 ☐ 国保(市町村)離脱 ☐ その他()
フリガナ 従業員氏名		男・女 昭・平・令	年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇	☐ 社保離脱 ☐ 出生 ☐ 国保(市町村)離脱 ☐ その他()

※個人番号を取得する場合は、利用目的を本人に通知又は公表してください。
また、必ず本人確認(番号確認及び身分確認)を行ったうえで、個人番号を記入して下さい。
※住民票(三か月以内、個人番号の記載有)を必ず添付してください。

上記の通り本人確認(番号確認及び身分確認)をしたうえで個人番号を記入し届けます。

茨城県歯科医師国民健康保険組合 理事長殿 令和〇〇年〇〇月〇〇日

支部代表者署名 第1種組合員署名

支部名	診療所名
支部代表者署名 印	〇〇〇歯科医院
	組合員氏名
	先生のご署名 印

<個人番号の利用目的について>
当組合は、被保険者及び被扶養者の個人番号を、番号法別表第三十項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保健事業の実施に関する事務」において適用、給付及び徴収業務で使用します。
※組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。