

(第1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	<input checked="" type="checkbox"/> 開設者 <input checked="" type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 勤務医	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 技工士 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手	<input type="checkbox"/> 医療法人 <input type="checkbox"/> 個人(任意適用) <input checked="" type="checkbox"/> 個人
組合員氏名	1週間の勤務時間		1ヶ月の勤務日数
先生のお名前	時間		日

診療所所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 診療所の住所
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 ご自宅の住所

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 先生のお名前	本人	男・女 昭・平・令	年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇	<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input checked="" type="checkbox"/> 国保(市町村)離脱 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他()
フリガナ 先生のお名前		男・女 昭・平・令	年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇	<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国保(市町村)離脱 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他()
フリガナ 先生のお名前		男・女 昭・平・令	年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇	<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国保(市町村)離脱 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他()
フリガナ 先生のお名前		男・女 昭・平・令	年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇	<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国保(市町村)離脱 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他()
フリガナ 先生のお名前		男・女 昭・平・令	年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇	<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国保(市町村)離脱 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他()

加入するご家族様がいる場合は、
2番から順にご記入ください。
(続柄、事由等漏れなくお願いします)

※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	〇〇支部(地区歯科医師会)
支部代表者署名	支部代表者のご署名 (印)

診療所名	〇〇〇歯科医院
組合員氏名	先生のご署名

<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。