

(家族用)

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 type="checkbox"/> 開設者 <input 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 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
組合員(世帯主)氏名	時間		日

診療所所在地	〒 ー 電話番号 ー ー
資格取得する者の現住所	〒 〇〇〇 ー 〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇 ー 〇〇〇 ー 〇〇〇〇 加入する被扶養者の現住所

資格取得する者の氏名	続柄	性別	生年月日	事由
フリガナ 1	本人	男・女	昭・平・令 年 月 日	<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( )
			個人番号※	
フリガナ 〇〇〇 〇〇〇〇 ご家族様のお名前	妻	男・女	昭・平・令 年 月 日	<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( )
			個人番号※	
フリガナ 3		男・	昭・平・令 年 月 日	<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( )
			個人番号※	
フリガナ 4		女	年 月 日	<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( )
			個人番号※	
フリガナ 5		男・女	昭・平・令 年 月 日	<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( )
			個人番号※	

加入するご家族様が複数いる場合は、  
3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	
支部代表者署名	(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。