茨城県歯科医師国民健康保険組合

被保険者資格取得届

決裁	事務長	担当者

資格取得年月日	資格(第1種)	資格(第2種)	診療所区分
令和　　年　　月　　日	□ 開設者 □ 管理者 □ 勤務医	□ 歯科医師　□ 歯科衛生士 □ 技工士　□ 歯科助手 □ その他(　　)	□ 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
	時間	日

診療所所在地	〒　—　電話番号　—　—
資格取得する者の現住所	〒　—　電話番号　—　—

	資格取得する者の氏名	続柄	性別	生年月日	事由
1	フリガナ	本人	男・女	昭・平・令　年　月　日	□ 社保離脱　□ 国保(市町村)離脱 □ 出生　□ その他(　　)
				個人番号※	
2	フリガナ		男・女	昭・平・令　年　月　日	□ 社保離脱　□ 国保(市町村)離脱 □ 出生　□ その他(　　)
				個人番号※	
3	フリガナ		男・女	昭・平・令　年　月　日	□ 社保離脱　□ 国保(市町村)離脱 □ 出生　□ その他(　　)
				個人番号※	
4	フリガナ		男・女	昭・平・令　年　月　日	□ 社保離脱　□ 国保(市町村)離脱 □ 出生　□ その他(　　)
				個人番号※	
5	フリガナ		男・女	昭・平・令　年　月　日	□ 社保離脱　□ 国保(市町村)離脱 □ 出生　□ その他(　　)
				個人番号※	

※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　　年　　月　　日

支部代表者署名

支部名	
支部代表者署名	㊞

第1種組合員署名

診療所名	
組合員氏名	

＜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は、組合業務の目的以外に使用することはありません。