

第1号様式

加入申込書・国民健康保険被保険者等資格取得届・保険料金融機関預金口座振替承諾書

組合員の種別	1. 甲種組合員 (1種・後期高齢者) 2. 乙種組合員 (1種・2種・後期高齢者)	加入区分	1. 新規 2. 追加	当組合への加入日	令和 年 月 日	被保険者証の記号番号	※
診療所所在地				診療所代表者			
診療所名	電話番号 () -	事業所の区分	個人 医療法人	所属支部	支部		

(組合員欄)

①加入する者の氏名	②生年月日	④性別	⑤続柄	⑥資格取得時の状況	⑦職業	⑧現在受診の有無
(フリガナ) (氏) (名)	3. 昭和 4. 平成 5. 令和 年 月 日	1. 男 2. 女	本人 01	13. 社保離脱(本人・家族) 14. 生保廃止 16. 国保離脱		有 ・ 無 ※有の場合、主傷病名
	③年齢 才					

(家族欄)

①加入する者の氏名	②生年月日	④性別	⑤続柄	⑥資格取得時の状況	⑦職業	⑧現在受診の有無
(フリガナ) (氏) (名)	3. 昭和 4. 平成 5. 令和 年 月 日	1. 男 2. 女 ※	11. 出生 13. 社保離脱(本人・家族) 14. 生保廃止 16. 国保離脱		有 ・ 無 ※有の場合、主傷病名
	③年齢 才	個人番号(12桁)				
(フリガナ) (氏) (名)	3. 昭和 4. 平成 5. 令和 年 月 日	1. 男 2. 女 ※	11. 出生 13. 社保離脱(本人・家族) 14. 生保廃止 16. 国保離脱		有 ・ 無 ※有の場合、主傷病名
	③年齢 才	個人番号(12桁)				
(フリガナ) (氏) (名)	3. 昭和 4. 平成 5. 令和 年 月 日	1. 男 2. 女 ※	11. 出生 13. 社保離脱(本人・家族) 14. 生保廃止 16. 国保離脱		有 ・ 無 ※有の場合、主傷病名
	③年齢 才	個人番号(12桁)				

上記のとおり貴組合同約を承知のうえ、住民票の写し等(裏面参照)を添付して届出します。

年 月 日
〒

組合員 住所 _____ 電話番号 () - _____

氏名 _____ (印) _____

個人番号(12桁) _____

甲種組合員(雇用主)被保険者証(又は組合員証)の記号番号 _____ 氏名 _____ (印)

静岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

保険料金融機関預金口座振替に関する承諾書

(甲1種組合員加入用)
私は、保険料賦課徴収規程第1条の定めによる保険料の納付については、銀行振込か、私が静岡県歯科医師会に届け出ている預金口座から口座振替により納付することを承諾いたします。 _____ 年 月 日
甲種組合員氏名 _____ (印)

(乙1種・2種組合員加入用)
上記の乙種組合員に係る、保険料の納付については保険料賦課徴収規程第3条の定めに従い、納付代行義務者となり、その納付方法は銀行振込か、私が静岡県歯科医師会に届け出ている預金口座から口座振替により納付することを承諾いたします。 _____ (印)
静岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

支部長 確認欄	支部名 _____	支部長名 _____ (印)	被保険者台帳	保険料台帳	異動簿	学台帳	特台帳	1.被保険者証発行 2.保険料変更通知 3.証明書発行	1	2	3
------------	-----------	----------------	--------	-------	-----	-----	-----	-----------------------------------	---	---	---

【個人番号の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する業務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

※記載方法については裏面をご覧ください

新たに組合に加入する場合は、この用紙に必要事項を記入し、下記の〈添付書類〉を添付のうえ、事実発生の日から14日以内に所属支部（事務所）を經由して提出すること。

ただし、社会保険の適用除外申請を伴う加入の場合は、「事実発生の日から14日以内」に年金事務所への適用除外承認申請をする必要があるため、年金事務所への申請が遅れぬよう、当組合へ加入申込書を提出すること。

〈記載方法〉

1. 「組合員の種別」欄は該当するものを○で囲むこと。
甲1種… 県歯正会員である歯科医師で、県内、隣県もしくは東京都に住所を有する者
乙1種… 甲1種組合員が開設又は管理する診療所の勤務歯科医師で、県内、隣県もしくは東京都に住所を有する者（ただし、静岡県歯科医師会の正会員である歯科医師を除く）
乙2種… 甲1種組合員が開設又は管理する診療所の従業員（歯科医師以外）で、県内、隣県もしくは東京都に住所を有する者
後期高齢者甲種…甲1種の条件かつ、後期高齢者医療制度の被保険者である者
後期高齢者乙種…乙種の条件かつ、後期高齢者医療制度の被保険者である者
2. 「加入区分」欄は、組合員が加入する場合、「1. 新規」を○で囲み、家族が当組合に加入する場合、「2. 追加」を○で囲み、加入する家族の氏名等を、家族欄に記入すること。
3. ※印の欄は組合において記入するので空欄とすること。ただし、家族が加入する場合、⑤欄の上段には、組合員に対する続柄を記入すること。
4. ②④⑥の欄は、該当数字を○で囲むこと。
5. ⑦の欄は番号で記入すること。
1. 歯科衛生士 2. 歯科助手 3. 事務員 4. 技工士 5. 歯科医師 6. 看護師
6. ⑧の欄は現在の受診の有無を○で囲み、有の場合は主傷病名を記入すること。また、交通事故等による受診のときは、その旨を記入すること。
7. 個人番号（12桁）欄には、マイナンバーを記入すること。※75歳以上の後期高齢者組合員は記入不要
8. 保険料金融機関預金口座振替に関する承諾書には、該当する□にチェックをつけ、乙1種・2種組合員が加入する場合は開設者、甲1種組合員が加入する場合は加入する甲種本人の氏名を記入すること。

〈添付書類〉

- ① • 「住民票の写し」（発行から3ヶ月以内のもの。コピー不可。家族の加入があるときには世帯全員の氏名、世帯主との続柄が記載されているもの）
- ②-1 [甲種組合員《開設者》として加入する場合]
 - 「所得税の確定申告書」（税務署受付済み・申告完了済みのもの）のコピー、もしくは「給与所得等に係る市民税・県民税特別徴収税額の決定・変更通知書」のコピー〈※1〉
 - 開設者本人の身分証（運転免許証等）のコピー
- ②-2 [甲種組合員、乙1種組合員《勤務医》として加入する場合]
 - 「所得税の確定申告書」（税務署受付済み・申告完了済みのもの）のコピー、もしくは「給与所得等に係る市民税・県民税特別徴収税額の決定・変更通知書（納税義務者用）」のコピー〈※1〉
 - 「労働契約書」のコピー
- ②-3 [乙2種組合員《勤務医以外》が加入する場合]
 - 「労働契約書」のコピー
- ③ • 「健康保険被保険者適用除外承認申請書」（厚生年金対象事業所のみ）

※1. 「所得税の確定申告書」や「給与所得等に係る市民税・県民税特別徴収税額の決定・変更通知書」がお手元にない場合は、当組合（TEL：054-283-3526）までお問い合わせください。

理事長	常務理事	事務長	係