

常務理事	担当理事

窓口 電算処理	被保険者証 発行	受付日・担当者

## 国民健康保険 資格取得届 (第1種・第2種)

下記事項につきまして必ずご確認ください

※パートタイマーの方は1か月の所定労働日数と1週間の所定労働時間が一般従業員の3/4以上であれば加入できます。

※資格取得の際、同一世帯の中に市町村国保に加入されている方がいらっしゃいましたら、届け出前に当組合事務局までご連絡ください。(電話:027-252-0392)

※群馬県内の市町村及び群馬県外の一部市区町村に住所を有する方が加入できます。加入が認められる群馬県外の一部市区町村につきましては当組合事務局にお問い合わせ下さい。

事業主の被保険者証記号番号		群歯	—	(枝番)	印
家族を追加する組合員の被保険者証記号番号		群歯	—	(枝番)	
住所	〒 —				
1	フリガナ	個人番号 (マイナンバー)			
	氏名	性別	続柄	(生年月日)昭和・平成・令和	
		男女		年 月 日生	
2	フリガナ	個人番号 (マイナンバー)			
	氏名	性別	続柄	(生年月日)昭和・平成・令和	
		男女		年 月 日生	
3	フリガナ	個人番号 (マイナンバー)			
	氏名	性別	続柄	(生年月日)昭和・平成・令和	
		男女		年 月 日生	
取得年月日		取得理由		職業	
令和 年 月 日 (従業員は採用した日を記入する。)		12 社会保険を離脱 13 出生 15 その他(市町村国保等を離脱)		0 歯科衛生士・歯科助手 歯科技工士・受付事務 等 1 歯科医師	

### 【添付書類】

① 住民票原本：世帯全員分が記載され、世帯全員分の続柄、加入される方の個人番号(マイナンバー)の記載のある3か月以内に発行されたもの

② 住民票に記載されている全世帯員のうち、加入される方以外全員の現在加入している被保険者証の写し

※ 家族で取得する方がいる場合は、前保険の離脱証明書を必ず添付してください。(前保険が国保の場合は不要)

※ 法人及び従業員が5人以上いる事業所は「健康保険被保険者適用除外承認申請書」を併せて提出してください。

1 事実が生じた日から10日以内に提出してください。(試用期間中も被保険者となります。)

2 続柄は、組合員を本人としてください。

3 取得年月日は、事実が生じた日を記入してください。

上記の通り必要書類を添えて、下記事業主(第1種組合員)に委託し申請します。

群馬県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

(記入年月日) 令和 年 月 日

事業所(診療所) 所在地

名称

電話番号

事業主(第1種組合員) 氏名

社会保険労務士等の提出代行者氏名記入欄

印