

記入例 本人

| | | | | | |
|------|------|------|-----|--------|----|
| 常務理事 | 担当理事 | 電算処理 | 発 行 | 受付日・担当 | 窓口 |
| | | | | | |

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 1種組合員(先生)の被保険者記号番号を記入

※群馬県外の一部市区町村につきましては、合事務局にお問い合わせ下さい。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|--|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 事業主の記号・番号 | 群歯 01 — 802001 (枝番) 01 | | | | | | | | | | | | | | |
| (家族追加の場合記入) 組合員の記号・番号・氏名 | 群歯 — | (生年月日) 紹介呈氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 371 — 555○ 前橋市△△町1-5 アパート102号室 | 加入区分 新規加入・家族追加 | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | (フリガナ) コクホハナコ | 個人番号 (マイナンバー) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | |
| | 氏名 国保花子 | 性別 | 続柄 | (生年月日) 昭和・平成・令和 51年11月12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 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 年月日生 | | | | | | | | | | | |
| 取 得 年 月 日 | | 取 得 理 由 | | 組 合 員 職 業 | | | | | | | | | | | |
| 令和7年7月7日 (事実が生じた日を記入する。) | | 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。※注[住民票に加入される方の個人番号(マイナンバー)の記載がない場合、個人番号(マイナンバー)カード(両面)の写しまたは通知カードの写しを添付]

② 健康保険等の世帯加入状況報告書：同一世帯にご家族等がいる場合、現在加入している健康保険を記入

※ 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。

注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 資格認証書又は資格情報のお知らせは、マイナ保険証の利用登録の有無を当歯科医師国保組合で確認したのち、交付となります。

上記の通り必要書類を添えて、下記第1種組合員又は後期高齢者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7年7月5日

1種組合員(先生)以外の方
(社労士や会計士事務所等)
が申請する場合記入

事業所(診療所)所在地

〒371-1111 前橋市大友町1-△-○

名称

群馬○○歯科医院

(第1種組合員) 氏名

前橋太郎

電話番号

027-250-0000

社会保険労務士法人等の提出代行者氏名記入欄

社会保険労務士事務所 高崎 次郎

027-111-0000

同一世帯にご家族等がいる場合、別紙「健康保険等の世帯加入状況報告書」も必ず記入

ご家族・同居人（住民票上で同一世帯の方）がいる場合、ご提出ください。

健康保険等の世帯加入状況報告書

| | |
|--------------|------------------------|
| 事業主の被保険者記号番号 | 群歯 01 - 802001 (枝番) 01 |
| 加入者氏名 | 国保 花子 |

※ご家族・同居人（住民票上で同一世帯の方）の、現在加入している健康保険をお知らせください。

| ご家族の氏名 | | 健康保険の種類 | |
|--------|-------|--|-----------------------------------|
| 1 | 国保 太郎 | <input type="checkbox"/> 歯科医師国保(当組合) <input type="checkbox"/> 社保(協会けんぽ、健保組合など) <input type="checkbox"/> 国保組合(医師国保、建設国保など) <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 無保険 | <input type="checkbox"/> 市(区)町村国保 |
| 2 | 国保 美波 | <input type="checkbox"/> 歯科医師国保(当組合) <input type="checkbox"/> 社保(協会けんぽ、健保組合など) <input type="checkbox"/> 国保組合(医師国保、建設国保など) <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 無保険 | <input type="checkbox"/> 市(区)町村国保 |
| 3 | 国保 健 | <input type="checkbox"/> 歯科医師国保(当組合) <input type="checkbox"/> 社保(協会けんぽ、健保組合など) <input type="checkbox"/> 国保組合(医師国保、建設国保など) <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 無保険 | <input type="checkbox"/> 市(区)町村国保 |
| 4 | 国保 舞 | <input type="checkbox"/> 歯科医師国保(当組合) <input type="checkbox"/> 社保(協会けんぽ、健保組合など) <input type="checkbox"/> 国保組合(医師国保、建設国保など) <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 無保険 | <input type="checkbox"/> 市(区)町村国保 |
| 5 | | <input type="checkbox"/> 歯科医師国保(当組合) <input type="checkbox"/> 社保(協会けんぽ、健保組合など) <input type="checkbox"/> 国保組合(医師国保、建設国保など) <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 無保険 | <input type="checkbox"/> 市(区)町村国保 |

同一世帯に市(区)町村国保に加入している
ご家族はいますか？

はい

いいえ

同一世帯に市(区)町村国保のご家族がいる方

△ご注意ください

国民健康保険法第19条の定めにより、
同一世帯内で国保組合と市(区)町村国保の
混在が認められていません。
届け出前に当組合事務局までご連絡ください。

上記のとおり報告します。

令和 7 年 12 月 2 日 現在