

決裁	常務理事	事務長	主事	係	資格情報交付	PC入力	被保険者台帳記入	特定被保PC入力	異動整理簿記入	賦課
国民健康保険被保険者資格取得届										
被保険者記号番号		佐 歯			資格取得年月日		令和 年 月 日			
被保険者となる者の氏名				組合員との続柄	性別	生年月日	職種	資格取得理由		
1	フリガナ				男・女	昭 平 令		社会保険離脱		
	個人番号									
	※マイナンバーカードの保険証利用登録 している ・ していない									
2	フリガナ				男・女	昭 平 令		国民健康保険離脱		
	個人番号									
	※マイナンバーカードの保険証利用登録 している ・ していない									
3	フリガナ				男・女	昭 平 令		出 生 そ の 他		
	個人番号									
	※マイナンバーカードの保険証利用登録 している ・ していない									
4	フリガナ				男・女	昭 平 令				
	個人番号									
	※マイナンバーカードの保険証利用登録 している ・ していない									
上記のとおり届けます										
令和 年 月 日										
〒 _____										
甲種 組合員 住所 乙種 氏名										
佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿										
甲種組合員の承認欄		上記の者は、当該医院（診療所）の歯科医業に従事する者及びその家族に相違ありません。								
※この欄は、乙種組合員（従業員）又はその家族の者が取得するときのみ記入して下さい。		医療機関名称 _____								
		甲種組合員氏名（事業主） _____								
		健康保険適用除外承認を受けている事業所ですか。					1. はい 2. いいえ (何れかに○をつけて下さい)			
		上記被保険者は健康保険適用除外承認申請手続きをされますか。					1. はい 2. いいえ (何れかに○をつけて下さい)			

注) この届には必ず個人番号（マイナンバー）が記載された住民票を添付して下さい。

◇新たに佐賀県歯科医師国保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、事実発生の日から原則14日以内に事業主を経由してご提出ください。

◇佐賀県歯科医師国保組合への加入は佐賀県歯科医師国保組合規約第4条の地区（下記参照）内に住所を有する方に限ります。

第4条（地区）

佐賀県内全市町

福岡県の一部

福岡市、北九州市、春日市、大野城市、太宰府市、筑紫野市、久留米市、小郡市、大川市、柳川市、筑後市、八女市、大牟田市、うきは市、朝倉市、みやま市、糸島市、嘉麻市、飯塚市、大刀洗町、大木町、広川町、筑前町、宇美町

長崎県の一部

長崎市、佐世保市、松浦市、諫早市、平戸市、大村市、波佐見町、川棚町、東彼杵町

《記入方法》

被 保 険 者 記 号 番 号	新規加入の場合は未記入 家族の加入の場合のみ歯科医師国保組合の被保険者番号（8桁）を記入
資 格 取 得 日	雇用された日、歯科医師国保組合に加入する日を記入
被 保 険 者 と な る 者 の 氏 名	新規加入の場合は組合員になる方と同時に加入する家族を記入 家族の追加加入の場合は加入する家族のみを記入 ※組合員本人とご家族が同一世帯であれば加入可能
個 人 番 号 （ マ イ ナ ン バ ー ）	個人番号カードまたは通知カードに記載の個人番号（12桁）を記入
マ イ ナ ン バ ー カ ー ド の 保 険 証 利 用 登 録	該当するものに○を記入
組 合 員 と の 続 柄	組合員からみた続柄（例）本人・妻・子等
職 種	勤務先で従事している職業（歯科衛生士・歯科医師・歯科助手・受付等）
資 格 取 得 理 由	該当するものに○を記入
甲 種 ・ 乙 種 組 合 員	該当するものに○を記入 甲種組合員…佐賀県歯科医師会会員である先生 乙種組合員…従業員
健康保険適用除外承認を受けている事業所ですか	厚生年金加入の事業所は「1」に○を記入 厚生年金未加入の事業所は「2」に○を記入
上記被保険者は健康保険適用除外承認申請手をされますか	加入される方が厚生年金加入に該当する場合は「1」に○を記入 加入される方が厚生年金加入に該当しない場合は「2」に○を記入

《添付書類》

住 民 票	・個人番号（マイナンバー）記載のもの ・家族の加入がある場合は世帯全員が記載され、続柄を省略されていないもの ・3か月以内に発行されたもの
雇 用 を 証 明 す る 書 類	下記書類の内いずれか一つを添付 ①雇用保険被保険者資格取得確認通知書のコピー ②雇用契約書のコピー ③雇用証明書 ④労働者名簿（ハローワーク提出後、受理印のあるもの）のコピー
【厚生年金加入対象者のみ】 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で厚生年金加入に該当する方は提出が必要です。 適用を受ける日（資格取得日）から14日以内に年金事務所または日本年金機構事務センターへ適用除外承認申請を行う必要があります。（佐賀県歯科医師国保組合の証明印を押印した申請書を年金事務所または日本年金機構事務センターへ提出）

※パートタイマーの方は「パートタイマー証明書」を添付してください。

※学生で住所を異動している方が家族で加入する場合は、国民健康保険法第116条該当届、在学証明書をご提出ください。

《書類提出先》

〒840-0045 佐賀県佐賀市西田代2丁目5-24

佐賀県歯科医師国民健康保険組合

TEL 0952-28-7551

記入例

国民健康保険被保険者資格取得届

被保険者記号番号 佐 齒 資格取得年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

被保険者となる者の氏名 組合員との続柄 性別 生年月日 職種 資格取得理由

1 フリガナ クミアイ ハサコ 組合員 本人 性別 男・女 昭平令 1・1・1 職種 歯科衛生士 資格取得理由 社会保険離脱

2 フリガナ クミアイ イチロウ 組合員 子 性別 男・女 昭平令 2・2・2 資格取得理由 国民健康保険離脱

3 フリガナ 性別 男・女 昭平令 資格取得理由 出生

4 フリガナ 性別 男・女 昭平令 資格取得理由 その他

上記のとおり届けます

記入日

令和 〇 年 〇 月 〇 日

加入される組合員本人

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

甲種 乙種 組合員 住所 佐賀市西田代〇丁目〇番地〇 氏名 組 合 花 子

佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

甲種組合員の承認欄

※この欄は、乙種組合員(従業員)又はその家族の者が取得するときのみ記入して下さい。

上記の者は、当該医院(診療所)の歯科医業に従事する者及びその家族に相違ありません。

医療機関名称 国保歯科医院

甲種組合員氏名(事業主) 国保太郎

健康保険適用除外承認を受けている事業所ですか。 1. はい 2. いいえ (何れかに〇をつけて下さい)
上記被保険者は健康保険適用除外承認申請手続きをされますか。 1. はい 2. いいえ (何れかに〇をつけて下さい)

注) この届には必ず個人番号(マイナンバー)が記載された住民票を添付して下さい。