

組合員の勤務形態に関する届出

受付印

大阪府歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

下記内容（厚生年金適用の要・不要）は、管轄年金事務所との協議の上、届出いたします。

（加入要件を満たさない、あるいは事実に相違がある場合、健康保険の資格喪失や厚生年金の適用対象となる場合があります。）

被保険者証記号番号										甲種組合員 氏名	(個人印)
歯国											

1. 勤務形態の変更

対象者氏名	診療所の形態	届出事由	添付書類
	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 個人(厚生年金適用) <input type="checkbox"/> 医療法人	<input type="checkbox"/> 常勤 → 非常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 → 常勤	(厚生年金適用事業所の場合)
	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 個人(厚生年金適用) <input type="checkbox"/> 医療法人	<input type="checkbox"/> 常勤 → 非常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 → 常勤	○非常勤になる場合 → <u>厚生年金保険資格喪失確認</u> 通知書の写し
	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 個人(厚生年金適用) <input type="checkbox"/> 医療法人	<input type="checkbox"/> 常勤 → 非常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 → 常勤	○常勤になる場合 → <u>適用除外承認申請書</u>

2. 非常勤として新規取得する場合 (資格取得届に添付して提出してください)

対象者氏名	非常勤の理由(勤務時間数等)※

※非常勤であることの詳細を記載して下さい。

厚生年金適用の要・不要については、管轄の年金事務所へご確認ください。

※ 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は使用しません。

組合員の勤務形態に関する届出

大阪府歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

下記内容（厚生年金適用の要・不要）は、管轄年金事務所との協議の上、届出いたします。

（加入要件を満たさない、あるいは事実に相違がある場合、健康保険の資格喪失や厚生年金の適用対象となることがあります。）

被保険者氏名		(個人印)
事業主（甲種管理）の被保険者証記号番号・氏名・個人印 (法人印は不可)		印
歯国		

1. 勤務形態の変更

対象者氏名	診療所の形態	届出事由	添付書類
国保 太郎	<input type="checkbox"/> 個人 <input checked="" type="checkbox"/> 個人(厚生年金適用) <input type="checkbox"/> 医療法人	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 → 非常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 → 常勤	厚生年金保険資格喪失確認通知書(写し)
国保 花子	<input type="checkbox"/> 個人 <input checked="" type="checkbox"/> 個人(厚生年金適用) <input type="checkbox"/> 医療法人	<input type="checkbox"/> 常勤 → 非常勤 <input checked="" type="checkbox"/> 非常勤 → 常勤	○非常勤になる場合 適用除外承認申請書
	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 個人(厚生年金適用) <input type="checkbox"/> 医療法人	<input type="checkbox"/> 常勤 → 非常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 → 常勤	○常勤になる場合 →適用除外承認申請書

2. 非常勤として新規取得する場合（資格取得届に添付して提出してください）

対象者氏名	非常勤の理由（勤務時間数等）※
勤務状況を具体的に記載して下さい。（週●日勤務、●時間勤務等） 厚生年金の適用となるかどうかの判断は、管轄の年金事務所へ確認をお願いいたします。	

※非常勤であることの詳細を記載して下さい。

厚生年金適用の要・不要については、管轄の年金事務所へご確認ください。