甲取

理事長	常務理事	事務長	課長	係

被保険者記号番号									0	0	0

「添付書類」・組合員と同一世帯であることが判る住民票（概ね3ヵ月以内に発行され、個人番号が記載されたもの）・《住民票に個人番号が未記載の場合は「マイナンバーカードの写し（A4の用紙に1人1枚ずつコピー）」も添付》

※75歳以上の方については、後期高齢者医療広域連合の被保険者であるため、本組合の被保険者として加入することはできません。

被　保　険　者　資　格　取　得　届　（甲種家族用）【HP/R6.12】

	フリガナ 氏名 個人番号	組合員との続柄	性別	生年月日
1			1 男 2 女	3 昭和　4 平成　5 令和 年　月　日
2			1 男 2 女	3 昭和　4 平成　5 令和 年　月　日
3			1 男 2 女	3 昭和　4 平成　5 令和 年　月　日
4			1 男 2 女	3 昭和　4 平成　5 令和 年　月　日

【資格取得の理由】
該当するものを〇で囲む

1．転入
2．健保離脱
4．出生
9．その他

【マイナ保険証】
該当するものを〇で囲む

マイナンバーカードを健康保険証として、
1．登録をしている
2．登録をしていない

登録をしていない場合は「資格確認書」を組合より送付いたします。

上記のとおり届けます。

令和　　年　　月　　日（希望する取得日）

〒□□□－□□□□

甲種組合員　住所

氏名　　印

福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

確認欄	届出書

処理欄	入力	資格取得年月日
		・　・
		保険料徴収開始年月
	台帳	・
		交付年月日 （資格確認書・資格情報のお知らせ）
		・　・