

甲取

青文字の部分をご記入、捺印ください。
A4サイズの内紙で印刷してください。

姓	名	フリガナ	氏名	個人番号

甲種組合員の記号番号をご記入ください。

被保険者 記号番号	9	9	9	9	9	9	0	0	0
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※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。

・組合員と同一世帯であることが判る住民票（概ね3カ月以内に発行され、個人番号が記載されたもの）
 ・マイナンバーカードの写し（A4の内紙に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

【資格取得の理由】と【マイナ保険証】について、該当するものを○で囲んでください

フリガナ	氏名	性別	生年月日	資格取得の理由
シカイシ ハナコ	歯科医師 花子	1男 2女	3昭和 4平成 5令和 9年 1月 1日	1 転入 2 健保離脱 4 出生 9 その他
資格取得する方の氏名・続柄・性別・生年月日・個人番号・取得の理由をご記入ください。				【マイナ保険証】 該当するものを○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。

希望する資格取得日を記入の上、14日以内に本組合に書類を提出してください。
 14日を超えて申請があった場合は、遅延理由書等の提出を求める場合があります。
 出生の場合は、出生した日が資格取得日となります。

上記のとおり届けま
 令和6年12月1日（希望する取得日）

〒 810 - ××××

甲種組合員 住所 ×××市×××丁目○番地

氏名 歯科医師 太郎



福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※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カ月以内に発行され、個人番号が記載されたもの）
- ・ マイナンバーカードの写し（A4の内紙に1人1枚ずつコピー）
ただし、住民票に個人番号が記載されている場合は、提出不要です。

