青文字の部分をご記入、捺印ください。

乙取

理事

乙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 1

「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

【資格取得の理由】と【マイナ保険証】について、該当するものを〇で囲んでください。

	フリガナ / 氏名 / 個人番号	組合員との続柄	性別	生年月日	【資格取得の理由】該当するものを〇で囲む
1	コクホクミアイ　モモ 国保組合　もも	子	1男 2女	3昭和 4平成 5令和 23年 2月 7日	1．転入 2．健保離脱 4．出生 9．その他
			1男 2女	3昭和 4平成 5令和 年 月 日	【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。**

資格取得する方の氏名・続柄・性別・生年月日・個人番号をご記入ください。

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す。

令和６年１２月１日（希望する取得日）

〒 8 1 0 － × × × ×

乙種組合員　住所 ×××市×××〇丁

氏名 国保組合　なな 組国合保 印

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ヵ月以内に発行され、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の用紙に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。

上記の者は本歯科医院の勤務者の家族であることを証明いたします。

勤務先の院長先生の記号番号・氏名を記入の上、捺印ください。

甲種組合員記号番号 9 9 ・ 9 9 9 9 0 0 0

甲種組合員氏名 歯科医師　太郎 医歯師科

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）
		・ ・