

# 乙取

理事長	常務理事	事務長	課長	係

被保険者 記号番号									
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

「添付書類」

※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の用紙に1人1枚ずつコピー）も添付  
 ・《住民票に個人番号が未記載の場合は

## 被保険者資格取得届（乙種家族用）【HP/R6.12】

フリガナ		組合員 の 続 柄	性別	生年月日	【資格取得の理由】 該当するものを○で囲む
氏名	個人番号				
1		1男 2女		3昭和 4平成 5令和 年 月 日	1. 転入 2. 健保離脱 4. 出生 9. その他
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

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日（希望する取得日）

〒    -

乙種組合員 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

甲種組合員  
証明欄

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。

甲種組合員記号番号       0 0 0

甲種組合員氏名 \_\_\_\_\_ 印

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) . .

