乙加

理事長	常務理事	事務長	課長	係

	2常勤	3以上	4未満	家族	その他
被保険者記号番号					

組　合　加　入　申　込　書（乙種組合員用）【HP/R6.12】

〒□□□－□□□□　（住民票記載の住所・アパート・マンション名も記載してください）

組合員住所

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

【加入の理由】
該当するものを〇で囲む

1．転入（就職）
2．健保離脱
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。

福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

令和　　年　　月　　日（採用日または希望する加入日）

事業所区分欄	1・個人事業所 { ア・常時従業員５人以上 / イ・常時従業員５人未満 }　2・法人事業所
甲種組合員証明欄	上記の者は本歯科医院の勤務者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		
		適用除外	
		申請書	承認証

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
		・　・

【添付書類☑欄】：□「誓約書」□「雇用証明書（又は給与証明書）」□「個人番号が記載された住民票の原本（概ね３ヶ月以内に発行分）」
□≪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≫
□適用除外承認申請書（適用事業所のみ）

※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、本組合の組合員（被保険者）として加入することはできません。