

乙加

青文字の部分をご記入、捺印ください。
A4サイズ of 用紙で印刷してください。

				係

	2常勤	3以上	4未満	家族	その他
被保険者 記号番号					

※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
 付）概ね3ヶ月以内に発行分）として加入することはできません。

組 合 加 入 申 込 書 (乙種組合員用) 【HP/R6.12】

〒 810 - XXXX (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 XXXX市XXXX丁目○番地

フリガナ	氏名	個人番号	組合員との続柄	性別	生年月日	【加入の理由】 該当するものを○で囲む
コクホクミアイ ナナ	国保組合 なな	組 合 員	本人	1男	3昭和 4平成 2 59年1月1日	1. 転入（就職） 2. 健保離脱 9. その他
コクホクミアイ ネネ	国保組合 ねね		母	1男	3昭和 4平成 5令和 2 30年5月27日	【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
				1	3昭和 4平成 5令和 年月日	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。
				2	年月日	

加入する方（同一世帯の家族も加入する場合は家族の方）の氏名・続柄・性別・生年月日・個人番号・加入の理由を記入の上、捺印ください。

希望する日から14日以内に本組合に書類を提出してください。
適用除外申請を行う場合は「適用除外を受けた日(厚生年金の加入日)」が本組合の加入日となります。

福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿
令和 6 年 12 月 1 日 (採用日または希望する加入日)

1ーア、1ーイ、2のいずれか該当する事業所区分を○で囲んでください。

ア 常時従業員5人以上
イ 常時従業員5人未満

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。

上記の者は本歯科医院の勤務者であることを証明

甲種組合員記号番号 99・99990/00

甲種組合員氏名 歯科医師 太郎 医
師

※添付書類

- 誓約書
- 給与証明書又は雇用証明書
- 個人番号が記載された住民票（概ね3ヶ月以内に発行分）
- 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。
- 健康保険被保険者適用除外承認申請書（適用事業所のみ）

