

理事長	専務理事	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/R7.7】

〒 - (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

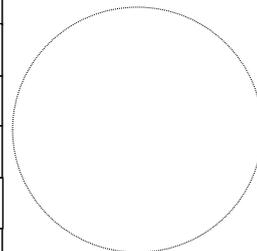
フリガナ 氏名 個人番号	組合員 の 続柄	性別	生年月日	マイナ保険証利 用登録状況※ 該当するものを ○で囲む	【加入の理由】 該当するものを○で囲む
<input type="text"/>	本人	1男	3昭和 4平成	1. 登録済み	1. 転入(就職)
<input type="text"/>		2女	年 月 日	2. 未登録	2. 健保離脱
<input type="text"/>		1男	3昭和 4平成 5令和	1. 登録済み	9. その他
<input type="text"/>		2女	年 月 日	2. 未登録	
<input type="text"/>		1男	3昭和 4平成 5令和	1. 登録済み	
<input type="text"/>		2女	年 月 日	2. 未登録	
<input type="text"/>		1男	3昭和 4平成 5令和	1. 登録済み	
<input type="text"/>		2女	年 月 日	2. 未登録	

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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 0 0 甲種組合員氏名 <input type="text"/> 印	

確 認 欄	届出書		入 力	資格取得年月日
	適用除外			保険料徴収開始年月
	申請書	承認証	台帳	交付年月日 (資格確認書・資格情報のお知らせ)



※75歳以上の方については「資格確認書」を発行いたしません。  
「添付書類」：□「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記載されていない場合は「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歳以上の方は「資格確認書」を発行いたしません。」