

甲取

青文字の部分をご記入、捺印ください。
A4サイズ用の紙で印刷してください。

被保険者 記号番号	9	9	9	9	9	9	0	0	0
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

甲種組合員の記号番号をご記入ください。

【加入の理由】と【マイナ保険証利用登録状況】について、
該当するものを○で囲んでください。

※75歳以上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）を添付してください。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。

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	資格取得の理由 該当するものを○で囲む
シカイシ ハナコ 歯科医師 花子	子	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和 9年 1月 1日	1. 登録済み 2. 未登録	1. 転入 2. 健保離脱 4. 出生 9. その他

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。	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
	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日	1. 登録済み 2. 未登録
	1 男 2 女	3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日	1. 登録済み

※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。

上記のとおりお付けます。
令和 6年 12月 1日（希望）

〒 810 - XXXX

甲種組合員 住所 XXX市XXX丁目○番地

氏名 歯科医師 太郎



福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

確認欄	届出書

処理欄	入力	資格取得年月日
		・
	台帳	保険料徴収開始年月
		・
		交付年月日 (資格確認書・資格情報のお知らせ)
		・

