

乙取

理事長	専務理事	事務長	課長	係

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

被 保 険 者 資 格 取 得 届 (乙種家族用) 【HP/R7.7】

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
1		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. 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	1. 登録済み 2. 未登録	
3		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	
4		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	

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。

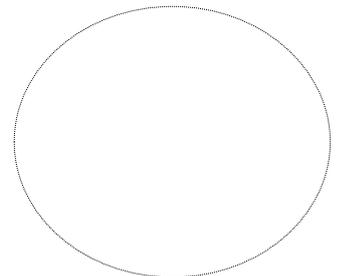
甲種組合員記号番号 0 0 0

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
		・ ・
	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)
		・ ・



「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か月以内に発行され、個人番号が記載されたもの) ・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
※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。」
※登録していない人は「資格確認書」を発行いたします。