

乙取

理事長

青文字の部分をご記入、捺印ください。

被保険者
記号番号

9 9 9 9 9 9 0 0 1

乙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。

被 保 険 者 資 格 取 得 届

フリガナ 氏 名	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
個人番号					
1 コクホクミアイ モモ 国保組合 もも	子	1男 2女	3昭和 4平成 5令和 23年 2月 7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。

※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カ月以内に発行され、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。

上記のとおりお申し込みください。

令和 6 年 12 月 1 日 (希望)

〒 8 1 0 - × × × ×

乙種組合員 住所 ×××市×××〇丁目〇番地

氏名 国保組合 なな

捺印

福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

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
証 明 欄

甲種組合員記号番号

9 9 ・ 9 9 9 9 0 0 0

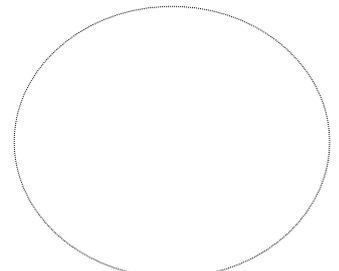
甲種組合員氏名

歯科医師 太郎

印
師科

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)
		・ ・



※75歳以上の方は「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)を添付してください。後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。