

決 裁 年 月 日		年 月 日				
理 事 長	副 理 事 長	常 務 理 事		事 務 長	課 長	係

国民健康保険被保険者資格取得届

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号					資 格 取 得 年 月 日	・	・
加 入 区 分	新 規 ・ 追 加				組 合 員 の 被 保 険 者 の 資 格 の 有 無	有	無
前 住 所							
(フリガナ) 被保険者となる者の氏名	組 合 員 との続柄	性 別	生 年 月 日	職 種	資 格 取 得 の 理 由 (本組合加入前の 保 険)	国 保 = 年 月 日 離 脱	
個人番号(12桁)		男 ・ 女	昭・平・令 ・ ・			県 歯 科 医 師 国 保 市 町 村 国 保	
個人番号(12桁)		男 ・ 女	昭・平・令 ・ ・			社 会 保 険 = 健 保 共 済 組 合 そ の 他 月 日 離 脱	
個人番号(12桁)		男 ・ 女	昭・平・令 ・ ・			離 脱 事 業 所 名	
個人番号(12桁)		男 ・ 女	昭・平・令 ・ ・			出 生 = 年 月 日	
個人番号(12桁)		男 ・ 女	昭・平・令 ・ ・				
(注) 職種欄は必ず記入してください。 〔歯科医師、歯科技工士、歯科衛生士、歯科助手、その他(具体的に職種を記入してください)〕							
<p>上記のとおり届けます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住 所</p> <p>第 2 種 組 合 員 氏 名 ⑩</p> <p>電 話 - -</p>							
雇 用 組 合 員 記 入 欄	<p>上記の者は第2種組合員が扶養の義務があると認め、三重県歯科医師国民健康保険組合被保険者の資格を取得する事及びこの者に関する保険料は、私名義預金口座より引き去り納付する事を承諾いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住 所</p> <p>第 1 種 組 合 員 氏 名 ⑩</p> <p>三重県歯科医師国民健康保険組合理事長 様</p>						
	<p>※この届出書には「<u>住民票(3ヶ月以内に発行されたもの)</u>」を添付してください。</p>						
上記の第2種組合員は常勤です。				第1種組合員 氏名 ⑩			