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）
		男・女	昭・平・令　・　・		国保＝　月　日　離脱 県歯科医師国保 市町村国保
個人番号（１２桁）					
		男・女	昭・平・令　・　・		
個人番号（１２桁）					社会保険＝　健保 共済組合 その他 月　日　離脱 離脱事業所名
		男・女	昭・平・令　・　・		
個人番号（１２桁）					
		男・女	昭・平・令　・　・		
個人番号（１２桁）					
		男・女	昭・平・令　・　・		出生＝　年　月　日
個人番号（１２桁）					

(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）〕

上記のとおり届けます。
令和　　年　　月　　日

〒
住　所

第２種組合員　氏　名　　㊞

電　話　　－　　－

雇用組合員記入欄

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。

令和　　年　　月　　日

〒
住　所

第１種組合員
氏　名　　㊞

三重県歯科医師国民健康保険組合理事長　様

※この届出書には「住民票（3ヶ月以内に発行されたもの）」を添付してください。

上記の第２種組合員は常勤です。	第１種組合員　氏名　　㊞