

常務理事	事務長	課長	係

処 理 欄			
本人 確 認	個人番号	台 帳	名簿 連絡表
	台帳		
	身元		チェック ファイル
			保 険 証

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合被保険者資格取得届 (従業員)

被保険者証 記号番号 ※(記入不要)	鹿歯従	資格取得 年月日 ※(記入不要)	平成 年 月 日
--------------------------	-----	------------------------	----------

被保険者となる者の氏名		続柄	性別	生年月日	資格取得理由
1	(ふりがな)	本人		昭平 . .	1. 社会保険離脱 2. 市町村国保離脱 3. その他 ()
	個人番号				
2	(ふりがな)			昭平 . .	
	個人番号				
3	(ふりがな)			昭平 . .	
	個人番号				
4	(ふりがな)			昭平 . .	
	個人番号				
5	(ふりがな)			昭平 . .	
	個人番号				

※本人採用年月日	平成 年 月 日	本人の職種
----------	----------	-------

従業員 住所 (〒 -) 氏名 (自宅電話番号 - -)	(印)
---	-----

記載内容に相違ありません。上記のとおり届けます。 平成 年 月 日 事業所の名称 (勤務先の名称 ※複数開設事業所のみ) 事業主の氏名 (印) 鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿	適用除外申請の状況 (いずれか番号に○印) 1. 法人事業所である。 2. 個人事業所で常時5人以上従業員を雇用している事業所である。 3. その他任意加入している事業所である。 4. 申請義務のない事業所である。
---	--

【委任欄】私は下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。平成 年 月 日

受任者 住所 (代理人) 氏名 (印)	委任者 住所 (甲種組合員) 氏名 (印)
------------------------	--------------------------

※事業主本人以外の方が代理で届け出る際は委任欄に記入をしてください。
 ※代理の方が届け出る場合は、身元確認をさせていただく場合があります。
 ※本人採用年月日に記入された日より資格取得となります。

※歯科医師国保に加入予定者全員分の住民票を必ず添付してください。
 ※直近3ヶ月以内に発行されたマイナンバーの記載があるもの