

整理番号

会員番号

市 ・ 郡	歯科医師会
-------------	-------

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
	台帳		連絡表
	身元		チェック

※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。

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 (歯科医師)					
被保険者証 記号番号 ※(記入不要)		鹿 歯		資格取得 年 月 日 ※(記入不要)	
平成 年 月 日		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					
上記のとおり申し込めます。				適用除外申請の状況 (いずれか番号に○印)	
平成 年 月 日 (〒 -) 自宅住所 事業主の氏名 (印) (自宅電話番号 - -) 鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿				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 (事業主) 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。