被保険者証	被保険者台帳	電算入力	被保険者整理簿	被保険者異動連絡票	収入源簿

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	平成　　年　　月　　日

	(フリガナ) 被保険者となる者の氏名	正組合員との続柄	職種	性別	生年月日	前期高齢対象者に○印
1	(　　)		歯科医師 歯科衛生士 歯科助手 その他	男・女	昭 平　　.　.	
	マイナンバー（12桁）	No.				
2	(　　)		歯科医師 歯科衛生士 歯科助手 その他	男・女	昭 平　　.　.	
	マイナンバー（12桁）	No.				
3	(　　)		歯科医師 歯科衛生士 歯科助手 その他	男・女	昭 平　　.　.	
	マイナンバー（12桁）	No.				
4	(　　)		歯科医師 歯科衛生士 歯科助手 その他	男・女	昭 平　　.　.	
	マイナンバー（12桁）	No.				

資格取得理由

・社会保険離脱　・出生
・生活保護廃止　・その他
・元世帯主又は被保険者が後期高齢者制度へ移行のため

準組合員(従業員)住所

1	〒　－
2	〒　－
3	〒　－
4	〒　－

加入していた国保又は社保

1	記号番号			
	保険者名			
	世帯主又は被保険者名(生年月日)	(　　生)	世帯主又は被保険者との続柄	
	資格喪失年月日	年　月　日		
	事業所	名称		
		所在地		

3	記号番号			
	保険者名			
	世帯主又は被保険者名(生年月日)	(　　生)	世帯主又は被保険者との続柄	
	資格喪失年月日	年　月　日		
	事業所	名称		
		所在地		

2	記号番号			
	保険者名			
	世帯主又は被保険者名(生年月日)	(　　生)	世帯主又は被保険者との続柄	
	資格喪失年月日	年　月　日		
	事業所	名称		
		所在地		

4	記号番号			
	保険者名			
	世帯主又は被保険者名(生年月日)	(　　生)	世帯主又は被保険者との続柄	
	資格喪失年月日	年　月　日		
	事業所	名称		
		所在地		

平成　　年　　月　　日

正組合員　住　所

氏　名　　㊞

電話番号（　　）　　―

愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長様