

被保険者証	被保険者帳	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	令和 年 月 日
---------------	---------	----------

被保険者となる者の氏名 (フリガナ)	正組合員との続柄	職種 (1~5の数字に○印)	性別	生年月日	前期高齢対象者に○印	資格取得理由	
						・社会保険離脱	・出生
1 ()		1 歯科医師 2 歯科技工士 3 歯科衛生士 4 歯科助手 5 その他	男・女	昭平令 . .		・生活保護廃止	・その他
マイナンバー (12桁)	No.					後期高齢者制度へ移行のため	
2 ()		1 歯科医師 2 歯科技工士 3 歯科衛生士 4 歯科助手 5 その他	男・女	昭平令 . .		準組合員(従業員)住所	
マイナンバー (12桁)	No.					1	〒 -
3 ()		1 歯科医師 2 歯科技工士 3 歯科衛生士 4 歯科助手 5 その他	男・女	昭平令 . .		2	〒 -
マイナンバー (12桁)	No.					3	〒 -
4 ()		1 歯科医師 2 歯科技工士 3 歯科衛生士 4 歯科助手 5 その他	男・女	昭平令 . .		4	〒 -
マイナンバー (12桁)	No.						

加入していた国保又は社保	1	記号番号		3	記号番号					
		保険者名			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		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	
		資格喪失日	年 月 日		資格喪失日	年 月 日				
		事業所	名称 所在地		事業所	名称 所在地				
	2	記号番号		4	記号番号					
		保険者名			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		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	
		資格喪失日	年 月 日		資格喪失日	年 月 日				
		事業所	名称 所在地		事業所	名称 所在地				

令和 年 月 日

正組合員 住所

氏名

(印)

電話番号 ()

愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長様