

常務理事	事務長	課長	係

処 理 欄			
台 帳	名 簿	連絡表	保 險 証
	チェック	ファイル	

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		大昭平 . .	1, 転 入	
2			大昭平 . .	2, 社会保険離脱	
3			大昭平 . .	3, 市町村国保離脱	
4			大昭平 . .	4, そ の 他	
5			大昭平 . .	()	
※本人採用年月日	平成 年 月 日	本人の職種			
上記のとおり申し込みます。 平成 年 月 日 (〒 -) 従業員 住所 氏名 (印) (自宅電話番号 - -)					
上記の者は本歯科医院の従業員であることを証明します。 事業所の名称 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。	

※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。