

整理番号

会員番号

市 ・ 歯科医師会 郡

常務理事	事務長	課長	係

処 理 欄			
台 帳	名 簿	連絡表	保 険 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 (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
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 . .	()	
6			大昭平 . .		
上記のとおり申し込みます。 平成 年 月 日 (年 -) 現住所 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				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。	