

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 (家族)					
被保険者証 記号番号 ※(記入不要)		鹿歯・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)		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, 出 生	
5			大昭平	5, そ の 他	
6			大昭平	()	
上記のとおり申し込みます。 平成 年 月 日 (年 - 月) 世帯主 住所 (組合員) 氏名 (自宅電話番号 - -)				社保離脱・国保離脱の場合 前保険名 _____ 離脱年月日 _____	
事業主の証明欄 事業所の名称 及び所在地 事業主の氏名 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。	