

甲乙兼用

大阪府歯科医師国民健康保険組合
被保険者資格取得届

決 裁	常務理事	事務長	課 長

◎太線の中のみ黒のボールペンで記入してください。

被保険者証記号番号				資 格				診療所区分	加入区分
歯 国	支 部	主 番 号		枝 番 号	甲 種	乙 種			
						第 1	第 2		
					1：管理 2：勤務	1：歯科医師	1：衛生士 2：技工士 3：助手 4：受付 5：その他	1：医療法人 2：個人(適用) 3：個人	1：本人 2：家族
診療所 所在地	〒 - 電話番号			- -					

資格取得 する者の 現住所	〒 - 電話番号			- -					

	資格取得する者の氏名	続柄	性別	生年月日			資格取得日			事由	遡及		
フリ ガナ			男・女	昭 平 令	年	月	日	H R	年	月	日	・転入 ・社保離脱 ・出生 ・その他	
1													
フリ ガナ			男・女	昭 平 令	年	月	日	H R	年	月	日	・転入 ・社保離脱 ・出生 ・その他	
2													
フリ ガナ			男・女	昭 平 令	年	月	日	H R	年	月	日	・転入 ・社保離脱 ・出生 ・その他	
3													
フリ ガナ			男・女	昭 平 令	年	月	日	H R	年	月	日	・転入 ・社保離脱 ・出生 ・その他	
4													
フリ ガナ			男・女	昭 平 令	年	月	日	H R	年	月	日	・転入 ・社保離脱 ・出生 ・その他	
5													

上記の通り住民票（3ヵ月以内、家族加入の場合は続柄記載有）を添付しお届けします。

※住民票は分離せず、市町村から発行された形のまま添付

令和 年 月 日

※法人の場合は法人名もご記入願います。

当組合を加入する以前に加入の医療保険を、 下記にご記入いただくか被保険者証(コピー) を添付して下さい。	
保険種類	国保・社保・共済・その他 ()
保険者名	
記号番号	

診療所名	
甲種組合員 氏 名	(印)

大阪府歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※甲種組合員本人の加入については下欄に
国保支部長署名・経由印をお願い致します。

処 理 欄	受 付	月 日	被保険者証交付	受領印
	係			

国保支部長 署 名	(印)
経 由 印	