

(要添付)

資格取得届

資格喪失届

受付
印

個人番号（マイナンバー）届出書

【留意事項】

(1) 資格取得・喪失の場合、対象の方全員分を、下記①と②両方に記入願います。
(但し、家族のみの資格取得・喪失の場合は、②のみ記入をお願いいたします。)

(2) マイナンバーは、誤りがないか必ず本人確認措置（※）を実施してください。
記載が誤っていた場合、被保険者証の交付等に遅れが生じる場合がありますので、ご注意願います。

※ 本人確認措置・・・「マイナンバーカード両面」または「マイナンバー記載の住民票と運転免許証等」で、「**番号の確認**」と「**身元の確認**」を実施してください。（各書類の写しを添付していただいても結構です。）

① 加入、又は喪失する組合員本人の被保険者証記号番号、氏名及び個人番号（マイナンバー）

被保険者証記号番号 ※ 新規取得の場合、下3桁は空欄にしてください。									
歯 国									
組合員本人氏名					個人番号（マイナンバー）				

② 加入、又は喪失するご家族の氏名及び個人番号（マイナンバー）

組合員家族氏名	個人番号（マイナンバー）								

上記について、本人確認措置を実施の上、届出します。

令和 年 月 日

大阪府歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

(個人印)

組合員本人氏名

印

※届出対象 甲種本人・家族 → 甲種組合員本人の氏名を記載
乙種本人・家族 → 乙種組合員本人の氏名を記載

個人番号（マイナンバー）届出書

【留意事項】

(1) 資格取得・喪失の場合、対象の方全員分を、下記①と②両方に記入願います。
(但し、家族のみの資格取得・喪失の場合は、②のみ記入をお願いいたします。)

(2) マイナンバー
記載が誤

※ 本人確認措置(番号・身元確認)を実施してください。

「番号確認」・・・記載された番号が正しいかどうか

「身元確認」・・・記載された番号が本人の番号かどうか

※ 本人確認
「番号の

」で、
です。)

① 加入、又は喪失する組合員本人の被保険者証記号番号、氏名及び個人番号（マイナンバー）

被保険者証記号番号 ※ 新規取得の場合、下3桁は空欄にしてください。																	
歯国	1	2	.	0	3	4	5	-	0	0	1						
組合員本人氏名						個人番号（マイナンバー）											
国保 太郎						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2

② 加入、又は喪失するご家族の氏名及び個人番号（マイナンバー）

組合員家族氏名	個人番号（マイナンバー）											
国保 花子	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
国保 次郎	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6

上記について、本人確認措置を実施の上、届出します。

令和 年 月 日

大阪府歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

事業主の記載・押印ではありません。
対象となる世帯の組合員本人が記載して下さい。

組合員本人

※届出対象 甲種本人・家族 → 甲種組合員本人の氏名を記載
乙種本人・家族 → 乙種組合員本人の氏名を記載