

組合記入欄	被保険者証番号		常務理事	事務局
	資格取得	平成 年 月 日		
	交付	平成 年 月 日		

第 2 種 第 3 種 組合員加入申込書

加入する 従業員の氏名	<small>(フリガナ)</small> _____	性別	生年月日	
	Ⓜ	男・女	昭和 平成 年 月 日	
住 所	<small>(フリガナ)</small> 〒 _____			
従来加入していた保険の種類	市町村国保・社保（協会けんぽ・共済・健保組合等）・歯科医師国保・その他			
勤 務 先 名 称		職 業	1. 歯科医師 4. 歯科助手 2. 歯科衛生士 5. 事務員 3. 歯科技工士 6. ()	
資格取得年月日 (歯科医師国保加入年月日)	平成 年 月 日			
世帯に属する者のうち保険加入を必要とする者の氏名	性別	続 柄	生 年 月 日	備 考
<small>(フリガナ)</small> _____	男・女		昭和 平成 年 月 日	
<small>(フリガナ)</small> _____	男・女		昭和 平成 年 月 日	
<small>(フリガナ)</small> _____	男・女		昭和 平成 年 月 日	
<small>(フリガナ)</small> _____	男・女		昭和 平成 年 月 日	
承 諾 書				
上記の者が宮城県歯科医師国民健康保険組合に加入すること、及び本人・家族の国民健康保険料等は、私名義の診療報酬預金口座から、貴職において引き去り納付することを承諾いたします。				
診療所所在地	〒 _____		平成 年 月 日	
			TEL _____	
診 療 所 名	_____			
雇用主氏名	_____ Ⓜ			
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿				

・「厚生年金」に加入する診療所の場合は、試用期間を含めた採用日が資格取得年月日となります。

【添付書類】 必ず添付してください。

- ・ 雇用通知書など、採用日、賃金等法定事項の記載のあるもの(写)
- ・ 加入者全員の、続柄が記載された住民票（直近3ヶ月以内発行）
- ・ 法人及び従業員が5人以上になる個人診療所の場合は、「健康保険被保険者適用除外承認申請書」

※退職等のときは、被保険者証を必ず回収・返還願います。

＜ F A X での提出はできません ＞