

組合記入欄	資格取得	平成 年 月 日	常務理事	事務局
	交付	平成 年 月 日		

第2種 第3種 組合員家族被保険者資格取得届

被保険者証記号番号		み歯				A				
被保険者となる者の氏名		性別	続柄	生 年 月 日				備 考		
(フリガナ)		男・女		昭和 年 月 日						
				平成 年 月 日						
(フリガナ)		男・女		昭和 年 月 日						
				平成 年 月 日						
(フリガナ)		男・女		昭和 年 月 日						
				平成 年 月 日						
取得理由及び異動年月日等	1	社保喪失（協会けんぽ・共済・健保組合等）			平成 年 月 日					
	2	市町村国保喪失(予定)			平成 年 月 日					
	3	出 生			平成 年 月 日					
	4	婚 姻			平成 年 月 日					
	5	そ の 他								
上記のとおり届けます。										平成 年 月 日
第2種		住 所 〒		—						
第3種		氏 名		_____		Ⓜ				
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿										
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、及びそ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										

【添付書類】 必ず添付してください。

- ・ 従来加入していた保険の喪失日が確認できるもの（市町村国保を除く）
- ※ 社保から移行した場合は「離脱証明書」又は勤務先が発行する資格喪失証明書等
- ・ 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）

＜ F A X での提出はできません ＞