組合記入欄	被保険者証番号		常務理事	事　務　局
	資　格　取　得	令和　　年　　月　　日		
	交　　付	令和　　年　　月　　日		

第１種組合員加入申込書

① 加入する者の氏名	（フリガナ）	② 性別	③ 生　年　月　日
		男・女	昭和 平成　　年　　月　　日
④ 住　所	（フリガナ） 〒　　－		⑤ 個　人　番　号

⑥ 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
⑦ 上記保険喪失年月日	令和　　年　　月　　日
⑧ 宮歯会員となる（なった）日	令和　　年　　月　　日

⑨ 世帯に属する者のうち保険加入を必要とする者の氏名	⑩ 性別	⑪ 続柄	⑫ 生　年　月　日	⑬ 個　人　番　号
（フリガナ）	男・女		昭和・平成・令和 年　　月　　日	
（フリガナ）	男・女		昭和・平成・令和 年　　月　　日	
（フリガナ）	男・女		昭和・平成・令和 年　　月　　日	
（フリガナ）	男・女		昭和・平成・令和 年　　月　　日	

宮城県歯科医師国民健康保険組合に加入したいので、同組合規約第７条の規定により申込みいたします。

宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

申込年月日	令和　　年　　月　　日
診療所名	
所　在　地	〒　　－ TEL　　－　　－
氏　　名	㊞

【添付書類】必ず添付してください。

・開設届など、開設・管理者等であることが確認できる書類（それ以外の第１種組合員は、賃金台帳等）

・加入者全員の個人番号（マイナンバー）及び続柄が記載された住民票（直近３ヶ月以内発行）

・住民票に個人番号の記載が無い場合には、マイナンバーカード（又はマイナンバー通知カード）の写を追加添付

●個人番号は、必ず記入してください。　　●FAXでの提出はできません