

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

## 第 1 種組合員家族被保険者資格取得届

① 被保険者証記号番号	み歯				A									
② 被保険者となる者の氏名	③ 性別	④ 続柄	⑤ 生 年 月 日			⑥ 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											
(フリガナ)	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日											
⑦ 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）				令和	年	月	日					
	2	市町村国保喪失（予定）				令和	年	月	日					
	3	出 生				令和	年	月	日					
	4	婚 姻				令和	年	月	日					
	5	そ の 他				令和	年	月	日					

上記のとおり届け出いたします。

宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

届出年月日	令和 年 月 日
自宅住所	〒 - TEL - -
氏 名	

【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）  
※社会保険等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

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

## 第2種 第3種 組合員家族被保険者資格取得届

① 被保険者証記号番号		み歯				A							
② 被保険者となる者の氏名		③ 性別	④ 続柄	⑤ 生年月日			⑥ 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									
⑦ 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）					令和	年	月	日			
	2	市町村国保喪失（予定）					令和	年	月	日			
	3	出生					令和	年	月	日			
	4	婚姻					令和	年	月	日			
	5	その他					令和	年	月	日			

上記のとおり届け出ると共に、下記雇用主を代理人として個人番号を提供することを委任します。

宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

届出年月日	令和 年 月 日
自宅住所	〒 - TEL - -
従業員氏名	

### 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。

宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

届出年月日	令和 年 月 日
診療所名	
所在地	〒 - TEL - -
雇用主氏名	

【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）  
※社会保険等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