

組合記入欄	被保険者番号	データ登録日	令和 年 月 日	常務理事	事務局
	資格取得日	令和 年 月 日			
	交付日	令和 年 月 日	加入履歴		

第 1 種組合員加入申込書

① 氏名	(フリガナ) -----	② 性別	③ 生 年 月 日	
		男・女	昭和 平成	年 月 日 (才)
④ 個人番号 (マイナンバー)				
⑤ 住 所	(フリガナ) 〒 -		TEL - -	⑥ マイナンバーカードの 保険証利用登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑦ 加入前の健康保険の種類	市町村国保・社保(協会けんぽ・共済組合・健保組合等)・歯科医師国保・その他			
⑧ 上記保険喪失年月日	令和 年 月 日			
⑨ 宮歯会員となる(なった)日	令和 年 月 日			
⑩ 世帯に属する者のうち保険加入を必要とする者の氏名	⑪ 性別	⑫ 続柄	⑬ 生 年 月 日	⑭ マイナンバーカードの 保険証利用登録
(フリガナ) -----	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日 (才)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑮ 個人番号 (マイナンバー)				
(フリガナ) -----	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日 (才)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑮ 個人番号 (マイナンバー)				
(フリガナ) -----	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日 (才)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑮ 個人番号 (マイナンバー)				

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。

- ① 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、貸金台帳等）
- ② 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）
- ③ 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（マイナンバー通知カード又はマイナンバー通知書）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