

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2種 第3種 組合員加入申込書

① 氏名	(フリガナ) ----- -----	② 性別	男・女	③ 生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 (才)
④ 個人番号 (マイナンバー)	-----				
⑤ 住 所	(フリガナ) 〒 -----				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 資格取得年月日 (歯科医師国保加入年月日)	令和 年 月 日	⑨ 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. ()		
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)	-----				

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。

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 -----
雇用主氏名	

・「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。

- ① 雇用通知書・労働条件通知書など、採用日、賃金等法定事項の記載のあるもの(写)
- 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(マイナンバー)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
- ④ 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」

●退職等の上は、被保険者証・資格確認書・資格情報通知書等を必ず回収・返還願います。

※同一世帯で市町村国保に入っている方は、一緒に国保組合に入ることになっております。

(FAXでの提出はできません)