

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

第1種組合員家族被保険者資格取得届

① 被保険者番号	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 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	
⑦ 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	
⑦ 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	
⑦ 個人番号 (マイナンバー)									
⑧ 取得理由及び 異動年月日等		1	社保喪失 (協会けんぽ・共済組合・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。

- ① 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「資格等喪失連絡票」又は勤務先が発行する資格喪失証明書等
- 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

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

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 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)				□ 有 □ 無	
⑦ 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)				□ 有 □ 無	
⑦ 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)				□ 有 □ 無	
⑦ 個人番号 (マイナンバー)											
⑧ 取得理由及び 異動年月日等		1	社保喪失 (協会けんぽ・共済組合・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 - -
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

申込年月日	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。

- ① 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「資格等喪失連絡票」又は勤務先が発行する資格喪失証明書等
- 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