

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 <small>マイナンバーカードの 保険証利用登録</small>
(フリガナ)			男 ・ 女		昭和・平成・令和		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑦ 個人番号 (マイナンバー)					年 月 日 (才)		
(フリガナ)			男 ・ 女		昭和・平成・令和		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑦ 個人番号 (マイナンバー)					年 月 日 (才)		
(フリガナ)			男 ・ 女		昭和・平成・令和		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
⑦ 個人番号 (マイナンバー)					年 月 日 (才)		
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

