

各種申込書等様式

平成 25 年 4 月 1 日現在

各種手続きにおける提出書類

区 分		提出・添付書類
組合に加入したとき	宮歯会員が加入した	第1種組合員加入申込書 ・開設証明書等開設・管理者であることが確認できるもの（それ以外の方は賃金台帳など勤務確認ができるもの） ・加入者全員の住民票
	従業員が加入した	第2種・第3種組合員加入申込書 ・雇用通知書・雇用保険被保険者証・賃金台帳・給与明細の何れか ・健康保険被保険者適用除外承認申請書(事前の手続き) ・加入者全員の住民票
	家族が加入した	第1種組合員家族被保険者資格取得届 第2種・第3種組合員家族被保険者資格取得届 ・加入者全員の住民票 ・従来加入していた保険の喪失日が確認できるもの
組合をやめたとき	宮歯会を退会したとき	被保険者包括資格喪失届（第1種組合員とその家族） ・被保険者証
	従業員がやめたとき 組合員家族が抜けたとき	被保険者資格喪失届 ・被保険者証
その他	住所や氏名を変更したとき	住所・氏名変更届 ・被保険者証(氏名変更の場合) ・加入者全員の住民票
	被保険者証をなくしたとき	被保険者証再交付申請書 ・被保険者証(他の家族全員)
	組合員の家族が就学等のため一定期間、遠隔地に居住するとき	平成 年度 (学) 該当・非該当 届 ・在学証明書
		平成 年度 (遠) 該当届 (居住先の住民票、非課税証明書等が必要となる場合もある)

- ① 被保険者資格の取得・喪失に関する書類の提出は、関係法令・規約等に基づき、事実発生後に迅速、適正に処理願います。
- ② 住民票は、書類提出日から3ヵ月以内に発行された、続柄が記載されたものです。
- ③ 健康保険被保険者適用除外承認申請書（適用事業所で厚生年金加入者）は予め国保組合に提出の上、雇用日から5日以内に年金事務所へ申請後、送付された承認証の写しを国保組合に提出願います。
- ④ 添付する書類は、住所や同一世帯、就業の事実、得喪日などの事実確認のため必要とするもので、事例により異なる場合もありますので、各用紙の記載事項で確認願います。

組合 記入 欄	被保険者証番号		常務理事	事務局
	資格取得	平成 年 月 日		
	交付	平成 年 月 日		

第1種組合員加入申込書

加入する者の氏名	<small>(フリガナ)</small>	性別	生年月日	
		男・女	昭和 平成	年 月 日
住 所	<small>(フリガナ)</small>	職 業		
	〒 —			
従来加入していた保険の種類	市町村国保・社保（協会けんぽ・共済・健保組合等）・歯科医師国保・その他			
上記保険喪失年月日	平成 年 月 日			
宮歯会員となる（なった）日	平成 年 月 日			
世帯に属する者のうち保険加入を必要とする者の氏名	性別	続柄	生年月日	備考
<small>(フリガナ)</small>	男・女		昭和 平成 年 月 日	
<small>(フリガナ)</small>	男・女		昭和 平成 年 月 日	
<small>(フリガナ)</small>	男・女		昭和 平成 年 月 日	
<small>(フリガナ)</small>	男・女		昭和 平成 年 月 日	
平成 年 月 日				
宮城県歯科医師国民健康保険組合に加入したいので、同組規約第7条の規定により申込みいたします。				
診療所所在地 〒 —				
TEL — —				
第1種組合員 診療所名 _____				
氏 名 _____ (印)				
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿				

【添付書類】 必ず添付してください。

- ・ 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、賃金台帳等）
- ・ 加入者全員の、続柄が記載された住民票（直近3ヶ月以内発行）

＜FAXでの提出はできません＞

組合 記入 欄	被保険者証番号		常務理事	事務局
	資格取得	平成 年 月 日		
	交付	平成 年 月 日		

第 2 種 第 3 種 組合員加入申込書

加入する 従業員の氏名	<small>(フリガナ)</small> _____	性別	生年月日	
	Ⓜ	男・女	昭和 平成 年 月 日	
住 所	<small>(フリガナ)</small> 〒 _____			
従来加入していた保険の種類	市町村国保・社保（協会けんぽ・共済・健保組合等）・歯科医師国保・その他			
勤 務 先 名 称		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. ()	
資格取得年月日 (歯科医師国保加入年月日)	平成 年 月 日			
世帯に属する者のうち保険加入を必要とする者の氏名	性別	続 柄	生 年 月 日	備 考
<small>(フリガナ)</small> _____	男・女		昭和 平成 年 月 日	
<small>(フリガナ)</small> _____	男・女		昭和 平成 年 月 日	
<small>(フリガナ)</small> _____	男・女		昭和 平成 年 月 日	
<small>(フリガナ)</small> _____	男・女		昭和 平成 年 月 日	
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。				
診療所所在地 〒 _____			平成 年 月 日	
			TEL _____	
診 療 所 名	_____			
雇 用 主 氏 名	Ⓜ			
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿				

・「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。

- ・ 雇用通知書など、採用日、賃金等法定事項の記載のあるもの(写)
- ・ 加入者全員の、続柄が記載された住民票（直近3ヶ月以内発行）
- ・ 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」

※退職等のときは、被保険者証を必ず回収・返還願います。

＜ F A X での提出はできません ＞

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

第1種組合員家族被保険者資格取得届

被保険者証記号番号	み歯	A	
被保険者となる者の氏名	性別	続柄	生年月日 備考
(フリガナ)	男・女		昭和 年 月 日
			平成 年 月 日
(フリガナ)	男・女		昭和 年 月 日
			平成 年 月 日
(フリガナ)	男・女		昭和 年 月 日
			平成 年 月 日
(フリガナ)	男・女		昭和 年 月 日
			平成 年 月 日
(フリガナ)	男・女		昭和 年 月 日
			平成 年 月 日
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）	平成 年 月 日
	2	市町村国保喪失（予定）	平成 年 月 日
	3	出生	平成 年 月 日
	4	婚姻	平成 年 月 日
	5	その他	
<p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>上記のとおり届けます。</p> <p style="text-align: center;">自宅住所 〒 —</p> <p>第1種組合員 _____ TEL — —</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____ (印)</p> <p style="text-align: center;">宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>			

【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）
※社保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、続柄が記載された住民票（直近3ヶ月以内発行）

＜FAXでの提出はできません＞

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

第2種 第3種 組合員家族被保険者資格取得届

被保険者証記号番号		み歯				A				
被保険者となる者の氏名		性別	続柄	生 年 月 日				備 考		
(フリガナ)		男・女		昭和 年 月 日						
				平成 年 月 日						
(フリガナ)		男・女		昭和 年 月 日						
				平成 年 月 日						
(フリガナ)		男・女		昭和 年 月 日						
				平成 年 月 日						
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）			平成 年 月 日					
	2	市町村国保喪失(予定)			平成 年 月 日					
	3	出 生			平成 年 月 日					
	4	婚 姻			平成 年 月 日					
	5	そ の 他								
上記のとおり届けます。										平成 年 月 日
第2種		住 所 〒		—						
第3種		氏 名		_____ 印						
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿										
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。										
診療所所在地 〒										平成 年 月 日
										TEL — —
診 療 所 名 _____										
雇 用 主 氏 名 _____ 印										
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿										

【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）
- ※ 社保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、続柄が記載された住民票（直近3ヶ月以内発行）

＜ F A X での提出はできません ＞

組合記入欄	資格喪失日	常務理事	事務局
	平成 年 月 日		

被保険者包括資格喪失届 (第1種組合員とその家族)

被保険者証記号番号		み歯				A					
被 保 険 者	氏 名				続柄	生年月日					
	(フリガナ)					昭和	年 月 日				
						平成					
	(フリガナ)					昭和	年 月 日				
						平成					
(フリガナ)					昭和	年 月 日					
					平成						
(フリガナ)					昭和	年 月 日					
					平成						
喪失証明書		送付先		-		被保険者証回収日					
必要・不必要						平成 年 月 日					
理由発生年月日		平成 年 月 日									
資格喪失の理由		閉院 ・ その他 ()									
今後加入する保険の種類		市町村国保・社保(協会けんぽ・共済・健保組合等) ・ その他 ()									
平成 年 月 日											
上記のとおり被保険者証を添えて届けます。											
自宅住所 〒 -											
第1種組合員						TEL - -					
氏 名 _____ (印)											
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿											

・従業員については「被保険者資格喪失届」を別に提出してください。

【添付書類】 必ず添付してください。

- ・全員の被保険者証
- ・資格喪失手続き前に社保に加入した場合は、社保被保険者証(写)

< F A Xでの提出はできません >

組合記入欄	資格喪失日	常務理事	事務局
	平成 年 月 日		

被保険者資格喪失届

被保険者証記号番号	み歯										A						退職等 年月日				平成 年 月 日
	氏 名		組 合 員 種 別										資 格 喪 失 の 理 由								
1	(フリガナ)		第(2・3)種組合員 第(1・2・3・4)種組合員の家族										退 職 市町村国保加入 社保加入 広域連合加入 死 亡 その他								
2	(フリガナ)		第(1・2・3・4)種組合員の家族										退 職 市町村国保加入 社保加入 広域連合加入 死 亡 その他								
3	(フリガナ)		第(1・2・3・4)種組合員の家族										退 職 市町村国保加入 社保加入 広域連合加入 死 亡 その他								
4	(フリガナ)		第(1・2・3・4)種組合員の家族										退 職 市町村国保加入 社保加入 広域連合加入 死 亡 その他								
5	(フリガナ)		第(1・2・3・4)種組合員の家族										退 職 市町村国保加入 社保加入 広域連合加入 死 亡 その他								
喪失証明書												送 付 先				被保険者証回収日					
必要・不必要												-				平成 年 月 日					
平成 年 月 日																					
上記のとおり被保険者証を添えて届けます。																					
診療所所在地 〒 -																					
TEL - -																					
診 療 所 名 _____																					
雇 用 主 氏 名 _____ (印)																					
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿																					

・組合員単位で届け出てください。

【添付書類】 必ず添付してください。

- ・ 該当者の被保険者証
- ・ 資格喪失手続き前に社保に加入した場合は、社保被保険者証（写）

＜ F A X での提出はできません ＞

組合記入欄	交 付 日	常務理事	事 務 局
	平成 年 月 日		

住所・氏名 変更届

被保険者証記号番号		み歯				A						
診 療 所 名												
変更年月日 (市町村へ届け出た変更日)		平成 年 月 日										
変 更 前	住 所	<small>(フリガナ)</small> 〒 —										
	氏 名	<small>(フリガナ)</small>										
変 更 後	住 所	<small>(フリガナ)</small> 〒 —										
	氏 名	<small>(フリガナ)</small>										
平成 年 月 日												
上記のとおり被保険者証を添えて届けます。												
第1種	自 宅 住 所	〒 —										
第2種	TEL	— —										
第3種	組 合 員	_____										
第4種	氏 名	_____ (印)										
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿												

- ・雇用主が他の支部へ住所変更したときは、従業員・家族とも全員の被保険者証が再交付となりますので、一旦返還願います。

【添付書類】 必ず添付してください。

- ・ 該当者の被保険者証
※住所変更のみの場合は被保険者証の添付は必要ありません。
- ・ 加入者全員の、続柄が記載された住民票（直近3ヶ月以内発行）

＜ F A X での提出はできません ＞

組合記入欄	有効期限	平成 年 月 日	常務理事	事務局
	受理	平成 年 月 日		

平成 年度 (学) 該当・非該当 届

被保険者証記号番号		み歯				A						該 当 ・ 非該 当	平成 年 月 日
修学中の 被保険者	氏 名	(フリガナ)										続 柄	生年月日
	現 住 所 (寮・下宿先等)	〒 —											昭和 平成 年 月 日
修学中の 学校	名 称												
	所 在 地	(フリガナ) 〒 —											
	修 学 年 ○で囲んで ください	1 年 ・ 2 年 ・ 3 年 ・ 4 年 ・ 5 年 ・ 6 年					在学年		年				
<p>平成 年 月 日</p> <p>上記のとおり届けます。</p> <p>自宅住所 〒 —</p> <p>第1種</p> <p>第2種 TEL — —</p> <p>組合員</p> <p>第3種</p> <p>第4種 氏 名 (印)</p> <p>宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>													

- ・毎年度更新となりますので、「該当届」の場合は、4月になったら速やかに当年度の在学証明書を添付の上、手続き願います。(学生証等は不可)
- ・「該当」年月日は、入学した日付、又「非該当」年月日は、当該理由発生日を記入してください。
- ・「非該当」により、社保や市町村国保へ移行される場合は、資格喪失の届けが必要となります。

※卒業等の後、現地での就職活動等を行う場合は当該市町村国保へ移行することになります。

< F A X での提出はできません >

組合記入欄	有効期限	平成 年 月 日	常務理事	事務局
	受理	平成 年 月 日		

平成 年度 (遠) 該当届

被保険者証記号番号		み歯				A							該当	平成 年 月 日
住所を離れる被保険者	氏名	(フリガナ)										続柄	生 年 月 日	
													昭和 年 月 日	
													平成 年 月 日	
	一定期間居住する今後の新たな住所	(フリガナ)												
	申請理由(具体的に)													
	予定の期間	平成 年 月 日 から										平成 年 月 日 まで		

平成 年 月 日

上記のとおり届けます。

自宅住所 〒 -

第1種

第2種 TEL - -

組合員

第3種

第4種 氏 名 ⑩

宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

・ マル学の子供と同居される親など、住民票を移動される場合も届けることになります。

< F A Xでの提出はできません >

組合記入欄	被保険者証番号		常務理事	事務局
	組合員種別	第4種組合員		
	組合員資格取得年月日	平成 年 月 日		

第4種組合員加入申込書

加入する者の氏名	<small>(フリガナ)</small>	性別	生年月日		
		男・女	明治 大正 昭和	年	月 日
住 所	<small>(フリガナ)</small>	職 業			
	〒 -				
従来加入していた保険の種類	歯科医師国保				
上記保険喪失年月日	平成 年 月 日				
高確法第50条の被保険者となる(なった)日	平成 年 月 日				
宮歯会員となる(なった)日	平成 年 月 日				
世帯に属する者のうち保険加入を必要とする者の氏名	性別	続柄	生年月日		備考
<small>(フリガナ)</small>	男・女				
<small>(フリガナ)</small>	男・女				
<small>(フリガナ)</small>	男・女				
<small>(フリガナ)</small>	男・女				
平成 年 月 日					
宮城県歯科医師国民健康保険組合に加入したいので、同組規約第7条の規定により申込みいたします。					
診療所所在地 〒 -					
TEL - -					
診 療 所 名 _____					
氏 名 _____ (印)					
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿					

< F A Xでの提出はできません >

組合記入欄	脱 退 日	常務理事	事務局
	平成 年 月 日		

組 合 員 脱 退 届

組 合 員 番 号	み歯	A	氏 名	組 合 員 種 別	資 格 喪 失 の 理 由
1			(フリガナ)	第 4 種 組 合 員	脱 退 死 亡
2			(フリガナ)	第 4 種 組 合 員 家 族	第 4 種 組 合 員 脱 退 第 4 種 組 合 員 死 亡
3			(フリガナ)	第 4 種 組 合 員 家 族	第 4 種 組 合 員 脱 退 第 4 種 組 合 員 死 亡
4			(フリガナ)	第 4 種 組 合 員 家 族	第 4 種 組 合 員 脱 退 第 4 種 組 合 員 死 亡
5			(フリガナ)	第 4 種 組 合 員 家 族	第 4 種 組 合 員 脱 退 第 4 種 組 合 員 死 亡
理由発生年月日		平成 年 月 日			
備 考					
平成 年 月 日					
上記のとおり被保険者証を添えて届けます。					
自 宅 住 所 〒 _____					
TEL _____					
第 4 種 組 合 員 氏 名 _____ 印					
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿					

【添付書類】 必ず添付してください。
・ 家族の被保険者証

＜ F A X での提出はできません ＞

組合記入欄	常務理事	事務局

高額療養費支給申請書

(平成 年 月診療分)

被保険者証記号番号	み歯									A				続柄	
受給者氏名	(フリガナ)										生年月日	昭和 平成	年 月 日		
傷病名															
給付を受けた医療機関等	名称														
	所在地														
給付期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで														
上記期間中に支払った金額	円														
組合記入欄	費用額	保険者負担額			高額療養費支給額			一部負担額							
	円	円			円			円							
平成 年 月 日															
上記について領収書等を添えて申請いたします。															
第1種	〒 ー ー														
第2種	自宅住所 TEL ー ー														
第3種	組合員 氏名 ⑩														
第4種															
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿															
振込銀行名	銀行 支店 ・ 本店														
預金種別	普通預金 当座預金 貯蓄預金														
口座番号	※左詰めで記入願います。														
口座名義人	(フリガナ)														

【添付書類】 必ず添付してください。

- ・ 市町村が発行する「市・県民税課税（非課税）証明書」又は「同意書（申出書）」
（当該年分について既に提出されている場合は不要です。）
- ・ 医療機関で支払った医療費の領収書（写）

＜ F A X での提出はできません ＞

組合記入欄	常務理事	事務局

療養費支給申請書

被保険者証記号番号	み歯								A					続柄		
療養受給者氏名	(フリガナ)										生年月日	昭和 平成	年	月	日	
傷病名																
給付期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで															
療養を受けた医療機関等	名称															
	所在地															
	医師等氏名															
療養の給付を受けることができなかった理由																
支払った金額	円															
組合記入欄	費用額	円	療養費支給額	円	一部負担額	円										
平成 年 月 日																
上記について費用に関する証拠書類（請求明細書・領収書・診断書等）を添えて申請いたします。																
第1種	〒	—														
第2種	自宅住所											TEL	—	—		
第3種	組合員氏名											印				
第4種																
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿																
振込銀行名	銀行										支店 ・ 本店					
預金種別	普通預金	当座預金	貯蓄預金													
口座番号											※左詰めで記入願います。					
口座名義人	(フリガナ)															

・証拠書類は、療養費の内容によって異なりますので、事務局に確認願います。

＜FAXでの提出はできません＞

組合記入欄	常務理事	事務局

移送費支給申請書

被保険者証記号番号	み歯							A				続柄		
移送を受けた者の氏名	(フリガナ)										生年月日	昭和 平成	年 月 日	
傷病名及び原因											発病又は 負傷年月日	平成	年 月 日	
移送に要した費用	円													
付添人氏名・住所等 (付添いがあった場合)														
医師・ 歯科 医師 記入 欄	移送方法											移送年月日	平成	年 月 日
	移送経路	から まで												
	移送を必要と 認めた理由 (付添いがあった 時は、その理由)													
	上記のとおり相違ありません。											平成	年 月 日	
	〒	-												
	医療機関所在地													
	医療機関名称													
	保険医氏名													
	(印)													
組合記入欄	支給額											円		
上記について領収書等を添えて申請いたします。												平成	年 月 日	
第1種	〒	-												
	自宅住所													
第2種											TEL	-	-	
	組合員													
第3種											氏名	(印)		
第4種														
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿														
振込銀行名											銀行	支店	・ 本店	
預金種別											普通預金	当座預金	貯蓄預金	
口座番号											※左詰めで記入願います。			
口座名義人	(フリガナ)													

【添付書類】 必ず添付してください。
・移送費用の領収書（費用の内訳記載のもの）

＜FAXでの提出はできません＞

組合記入欄	常務理事	事務局									

出産育児一時金支給申請書

被保険者証記号番号	み歯				A						続柄	
出産者氏名	(フリガナ)							出産者 生年月日	昭和 平成	年	月	日
出産年月日	平成	年	月	日	出産区分			生産・死産(妊娠週)				
出生児氏名	(フリガナ)							男・女	組合員との 続柄			
分娩の事実の証明	上記の分娩は事実と相違ないことを証明する。											
	医師又は助産師 〒	—							平成	年	月	日
	医療機関等所在地											
	名称											
	代表者名											
	Ⓜ											
組合記入欄	支給額											円
上記について関係書類を添えて申請いたします。												
第1種	〒	—							平成	年	月	日
	自宅住所											
第2種	TEL											
	—											
第3種	組合員氏名											
	Ⓜ											
第4種												
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿												
振込銀行名	銀行										支店・本店	
預金種別	普通預金	当座預金	貯蓄預金									
口座番号											※左詰めで記入願います。	
口座名義人	(フリガナ)											

・「分娩の事実の証明」は、母子手帳の「出生届出済証明」(1頁)及び「出産の状態」(14頁)の写しでも結構です。

【添付書類】 必ず添付してください。

- ・医療機関等と交わした直接支払制度を利用しない旨の合意文書(写)
 - ・領収書、出産費用明細書(写)
- ※産科医療補償制度対象出産の場合、領収書等に所定のスタンプが押印されているかご確認ください。

< F A Xでの提出はできません >

組合記入欄	常務理事	事務局

傷病手当金・傷病見舞金支給申請書

被保険者証記号番号		み歯				A									第	回
発症又は負傷年月日		平成 年 月 日														
傷病名																
医療機関等	名称															
	所在地															
今回入院期間		平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 (日間)														
組合記入欄	前回支給期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 (日間)														
	前回支給傷病名															
	当初支給開始年月日	平成 年 月 日														
	前回支給後残日数	今回支給日数				今回支給額				今回支給後残日数						
	日間	日間				円				日間						
平成 年 月 日																
上記について傷病手当金・傷病見舞金を申請いたします。																
〒 -																
第1種 自宅住所 _____ TEL - -																
第4種 組合員 _____																
第4種 氏名 _____ (印)																
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿																
振込銀行名		銀行 _____ 支店 ・ 本店														
預金種別		普通預金 当座預金 貯蓄預金														
口座番号		※左詰めで記入願います。														
口座名義人		(フリガナ) _____														

・第4種組合員の方については、病院等が発行する入院期間を証明する書類を添付願います。

＜FAXでの提出はできません＞

組合記入欄	常務理事	事務局

葬祭費・死亡見舞金支給申請書

被保険者証記号番号		み歯			A						第 () 種組合員
組合員	氏名	<small>(フリガナ)</small>									
	住所	<small>(フリガナ)</small> 〒 -									
死亡者	氏名	<small>(フリガナ)</small>								組合員との続柄	
	死亡年月日	平成	年	月	日	享年	歳				
葬祭年月日		平成	年	月	日						
組合記入欄	支給額										円
平成 年 月 日											
上記について葬祭費・死亡見舞金を申請いたします。											
申請人（葬祭を行った人）											
〒 -											
自宅住所											
TEL - -											
氏名 ⑩											
死亡者との続柄											
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿											
振込銀行名	銀行 支店 ・ 本店										
預金種別	普通預金	当座預金	貯蓄預金								
口座番号	※左詰めで記入願います。										
口座名義人	<small>(フリガナ)</small>										

【添付書類】 必ず添付してください。

- ・ 「葬祭を行った人」であることを示すもの（会葬礼状・新聞広告等）
- ・ 被保険者（包括）資格喪失届、被保険者証

＜ F A X での提出はできません ＞

健 診 申 込 書

※予約希望医療機関を○で囲んでください。

1. 一番町健診クリニック 6. 仙台画像検診クリニック 11. 宮城県医師会健康センター 16. 大崎市民病院	2. イムス仙台クリニック 7. 仙台厚生病院 12. 総合南東北病院 17. 涌谷町国民健康保険病院	3. 厚生仙台クリニック 8. 仙台星陵クリニック 13. みやぎ県南中核病院 18. 栗原市立栗原中央病院	5. 仙台オープン病院 10. せんだい総合健診クリニック 15. 石巻赤十字病院
---	--	---	---

診療所名	雇用主氏名
所在地	電話番号
	FAX番号

種 別	(フリガナ) 氏 名	性 別	(年 齢) 生 年 月 日	被保険者証記号番号					健診 機関 番号	コース名 (追加オプション)	回施設 受診歴 有・無	希 望 日
				み 歯	み 歯	み 歯	み 歯	み 歯				
第1種組合員	()	男 ・ 女	昭 ・ 平	()						有 ・ 無	第1 第2	
第1種組合員 配偶者	()	男 ・ 女	昭 ・ 平	()						有 ・ 無	第1 第2	
第 種 組合員・家族	()	男 ・ 女	昭 ・ 平	()						有 ・ 無	第1 第2	
第 種 組合員・家族	()	男 ・ 女	昭 ・ 平	()						有 ・ 無	第1 第2	
第 種 組合員・家族	()	男 ・ 女	昭 ・ 平	()						有 ・ 無	第1 第2	
第 種 組合員・家族	()	男 ・ 女	昭 ・ 平	()						有 ・ 無	第1 第2	
第 種 組合員・家族	()	男 ・ 女	昭 ・ 平	()						有 ・ 無	第1 第2	

組合記入欄	常務理事	事務局

平成 年度 健康診断補助金支給申請書

種 別	被保険者証記号番号	氏 名	受 診 日
第1種組合員	み 歯	(フリガナ)	平成 年 月 日
	A		
第1種組合員 配偶者	み 歯	(フリガナ)	平成 年 月 日
	A		
第 種 組合員・家族	み 歯	(フリガナ)	平成 年 月 日
	A		
第 種 組合員・家族	み 歯	(フリガナ)	平成 年 月 日
	A		
第 種 組合員・家族	み 歯	(フリガナ)	平成 年 月 日
	A		
第 種 組合員・家族	み 歯	(フリガナ)	平成 年 月 日
	A		
第 種 組合員・家族	み 歯	(フリガナ)	平成 年 月 日
	A		
組合記入欄	支 給 額	円	
平成 年 月 日			
上記について領収書及び健診結果表等を添えて申請いたします。			
第1種	〒	-	
第2種	診療所所在地	_____	
第3種	組合員	診療所名	_____
第4種	氏 名		(印)
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿			
振込銀行名	銀行		支店 ・ 本店
預金種別	普通預金	当座預金	貯蓄預金
口座番号	※左詰めで記入願います。		
口座名義人	(フリガナ)		

・申請及び送金先とも、診療所単位とします。(受診医療機関が異なる場合も、まとめて申請願います。)

【添付書類】 必ず添付してください。

- ・健康診断等結果表(写)
- ・領収書(写し可)

< F A Xでの提出はできません >

組合記入欄	常務理事	事務局

平成 年度 特定健康診査 補助金支給申請書
特定保健指導

種別	被保険者証記号番号	氏名	受診日
第1種組合員	み 歯 (フリガナ)		平成 年 月 日
	A		
第1種組合員 配偶者	み 歯 (フリガナ)		平成 年 月 日
	A		
第 種 組合員・家族	み 歯 (フリガナ)		平成 年 月 日
	A		
第 種 組合員・家族	み 歯 (フリガナ)		平成 年 月 日
	A		
第 種 組合員・家族	み 歯 (フリガナ)		平成 年 月 日
	A		
第 種 組合員・家族	み 歯 (フリガナ)		平成 年 月 日
	A		
組合記入欄	支給額		円
平成 年 月 日			
上記について領収書及び健診結果表等を添えて申請いたします。			
第1種	〒 -		
第2種	診療所所在地	_____	
第3種	組合員		
第3種	診療所名	_____	
第4種	氏名		Ⓜ
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿			
振込銀行名	銀行		支店 ・ 本店
預金種別	普通預金	当座預金	貯蓄預金
口座番号	※左詰めで記入願います。		
口座名義人	(フリガナ)		

・申請及び送金先とも、診療所単位とします。（受診医療機関が異なる場合も、まとめて申請願います。）

【添付書類】 必ず添付してください。

- ・特定健康診査結果表（写）
- ・領収書（写し可）
- ・質問票（写） ※特定健康診査結果表に記載のない場合

＜ F A X での提出はできません ＞

組合記入欄	常務理事	事務局

平成 年度 インフルエンザワクチン接種 補助金支給申請書

被保険者証記号番号	氏名	年齢	接種年月日
み 歯	(フリガナ)		平成 年 月 日
A			平成 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		平成 年 月 日
A			平成 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		平成 年 月 日
A			平成 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		平成 年 月 日
A			平成 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		平成 年 月 日
A			平成 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		平成 年 月 日
A			平成 年 月 日
組合記入欄	支給額	円	
上記について領収書を添えて申請いたします。			平成 年 月 日
第1種	〒	—	
	診療所所在地		
第2種	組合員 _____		
第3種	診療所名 _____		
第4種	氏名 _____ (印)		
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿			
振込銀行名	銀行		支店 ・ 本店
預金種別	普通預金	当座預金	貯蓄預金
口座番号	※左詰めで記入願います。		
口座名義人	(フリガナ)		

・申請及び送金先とも、診療所単位とします。(受診医療機関が異なる場合も、まとめて申請願います。)

【添付書類】 必ず添付してください。

・領収書(写し可) ※接種回数分

< F A Xでの提出はできません >

組合記入欄	常務理事	事務局

B型肝炎検査・ワクチン接種補助金支給申請書

被保険者証記号番号	氏 名	初回抗体検査日	最終抗体検査日
み 歯	(フリガナ)		
A		平成 年 月 日	平成 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		
A		平成 年 月 日	平成 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		
A		平成 年 月 日	平成 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		
A		平成 年 月 日	平成 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		
A		平成 年 月 日	平成 年 月 日
み 歯	(フリガナ)		
A		平成 年 月 日	平成 年 月 日
組合記入欄	支 給 額	円	
平成 年 月 日			
上記について領収書及び検査結果表等を添えて申請いたします。			
第1種	〒	—	
	診療所所在地	_____	
第2種	組合員	_____	
第3種	診療所名	_____	
第4種	氏 名	(印)	
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿			
振込銀行名	銀行		支店 ・ 本店
預金種別	普通預金	当座預金	貯蓄預金
口座番号	※左詰めで記入願います。		
口座名義人	(フリガナ)		

・申請及び送金先とも、診療所単位とします。(受診医療機関が異なる場合も、まとめて申請願います。)

【添付書類】 必ず添付してください。

- ・初回抗体検査結果表(写)
- ・最終抗体検査結果表(写) ※ワクチン接種をした場合
- ・抗体検査分領収書(回数分・写し可)
- ・ワクチン接種分領収書(回数分・写し可)

< F A Xでの提出はできません >

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書
限度額適用・標準負担額減額

宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

被保険者証記号番号	み歯			A				入院 予定日	平成	年	月	日	
組 合 員	氏 名	Ⓜ 生年月日						昭・平	年	月	日	男・女	
	住 所	〒 -)											
減額対象者	氏 名							生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
	続 柄							長期入院	該当 ・ 非該当				
①	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで () 日間											
	入院をした保険医療機関等	名 称											
		所在地	〒 -)										
②	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで () 日間											
	入院をした保険医療機関等	名 称											
		所在地	〒 -)										
③	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで () 日間											
	入院をした保険医療機関等	名 称											
		所在地	〒 -)										
④	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで () 日間											
	入院をした保険医療機関等	名 称											
		所在地	〒 -)										
⑤	申請日の前1年間の入院期間（日数）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで () 日間											
	入院をした保険医療機関等	名 称											
		所在地	〒 -)										

平成 年 月 日

市区町村長が証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主（組合員）及びその世帯に属する被保険者に____年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。 _____、_____、_____ _____、_____、_____ 市区町村長名 _____ Ⓜ
-------------	--

・上記証明にかえる場合は、市区町村が発行する「市・県民税課税（非課税）証明書」を添付願います。（当該年度について既に提出されている場合は、不要です。）

組合記入欄	入 力	平成 年 月 日	常務理事	事 務 局			
	交 付	平成 年 月 日					
	発 送	平成 年 月 日					

組合記入欄	交付	平成 年 月 日	常務理事	事務局
	有効期限	平成 年 7 月 31 日		

特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証記号番号	み歯									続柄	
認定対象者氏名	(フリガナ)								男・女	生年月日	昭和 年 月 日 平成
認定対象者住所	(フリガナ)										
疾病名	1 血友病 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3 ()										
医師の意見欄	平成 年 月 日										
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 〒 ー 医療機関等所在地 名称 医師名 Ⓜ										
平成 年 月 日											
上記について申請いたします。											
第1種	〒 ー 自宅住所										
第2種	TEL ー ー										
第3種	組合員 氏名 Ⓜ										
第4種	_____										
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿											

＜FAXでの提出はできません＞

Form B

Itemized receipt
領収明細書

(1) Fee for initial office visit	初診料	\$	_____
(2) Fee for follow-up office visit	再診料	\$	_____
(3) Fee for home visit	往診料	\$	_____
(4) Fee for hospital visit	入院管理料	\$	_____
(5) Hospitalization	入院費	\$	_____
(6) Consultation	診察費	\$	_____
(7) Operation	手術費	\$	_____
(8) X-ray examination	X線検査費	\$	_____
(9) Medication	医薬費	\$	_____
(10) Anesthetics	麻酔費	\$	_____
(11) Operating room charge	手術室費用	\$	_____
(12) Others(specify)	その他 (項目明記)	\$	_____ \$ _____
(13) Total	合計	\$	_____

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i-e, extra charge for a bed.
注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name
名前 : Last _____ First _____ Title _____
姓 名 称号

Address : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____
住所 Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date : _____ Signature _____
日付 署名