



理事受理日：令和 年 月 日			
理事長	常務理事	事務長	係

### 1種・3種組合員家族の被保険者資格取得届（医師家族）

住民票上同一の世帯となった日  
 住民票上同一の世帯で、前の保険先の資格喪失日  
 出生の場合には、出生日

※届出は14日間以内でお願いします。

令和 年 月 日

■組合記入欄 被保険者証 記号番号		石医		■組合記入欄 資格取得 年月日		令和 年 月 日		
加入希望 家族届出 内容	個人番号	フリガナ 氏名	性別	組合員 との 続柄	生年月日	事由（前の保険先） ※正確に記入ください。		
	住民票上同一世帯で資格取得を希望する被保険者（医師家族） の氏名等を全て記入ください。 なお、組合員との続柄は、1種・3種組合員（医師）との 続柄を記入ください						<input type="checkbox"/> 協会けんぽ離脱 <input type="checkbox"/> 健保組合離脱 <input type="checkbox"/> 市町村国保離脱 ※同一世帯で 市町村国保と 混在できません。 <input type="checkbox"/> 国保組合離脱 <input type="checkbox"/> 共済組合離脱 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> 後期医療制度離脱 <input type="checkbox"/> 出生	
					昭・平・令 年 月 日			
					昭・平・令 年 月 日			

当組合加入前直近の  
 保険先を記入ください  
 記入しない場合は前の保険先  
 の喪失証明書を提出ください

上記のとおり必要書類を添付し届け出ます。

<b>■届出医療機関の</b> 所在地 〒 - <b>1種・3種組合員（医師）が勤務                  開設又は管理する医療機関を                  記入ください</b> 名称  TEL ( ) -  ※自家診療については、療養の給付を行わない ことになっております。	<b>■届出1種・3種組合員（医師）の署名欄</b> 住所(自宅) 〒 - <b>1種・3種組合員（医師）の氏名等                  記入ください</b>  氏名 <span style="float: right;">印</span>  個人番号
--	--

石川県医師国民健康保険組合 理事長様

■組合記入欄

変更通知送付	116条該当	証明書交付	番号確認	本人確認	備考
月 日	有・無	月 日 対面・郵送	月 日 提出	月 日 提出書類	対面・郵送
人数調整	適用除外申請	保険証交付	組合員 被保険者	免許証・パス ポート・その他	
月	有・無	月 日 対面・郵送			

国保料整理	金額	
賦課	月	医療 後期
調整	月	介護

※被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。