

記入例

理事受理日：令和 年 月 日			
理事長	常務理事	事務長	係

2種組合員及び2種家族の被保険者資格取得届 (従業員・従業員家族)

適用除外承認申請書提出者は、適用除外日と同日
 それ以外の加入希望者は、医療機関勤務開始以降の日
 で理事の受理日となります

令和 年 月 日

※届出は14日間以内をお願いします。

■組合記入欄
 資格取得
 年 月 日

令和 年 月 日

加入2種組合員届出内容	被保険者証記号番号	フリガナ名	性別	職業	事由 (前の保険先) ※正確に記入ください。
	個人番号	氏名	生年月日		
<p>資格取得の2種組合員の氏名等を記入ください なお、職業は、勤務される医療機関等で従事する 職務内容 (看護師^注 事務等) を記入ください</p>					<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 <small>※同一世帯で市町村国保と混在できません。</small> <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 <small>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</small>
TEL () -					
昭・平・令 年 月 日					
加入希望家族届出内容	個人番号	フリガナ名	性別	続柄	生年月日
	<p>資格取得する2種組合員 (従業員) が同時に家族の加入を希望する場合には、氏名等を記入ください なお、住民票上同一の世帯の方に限ります また、住民票上同一世帯の方で市町国保加入者がいる場合には、当組合へ加入ください</p>				
	昭・平・令 年 月 日				
	昭・平・令 年 月 日				

上記のとおり必要書類を添付し届け出ます。

<p>■届出医療機関の</p> <p>所在地 〒 -</p> <p>勤務する医療機関を記入ください</p> <p>名称</p> <p>TEL () -</p> <p>※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。</p>	<p>■届出2種組合員 (従業員) の署名欄</p> <p>住所 (自宅) 〒 -</p> <p>資格取得の2種組合員 (従業員) の氏名等 記入ください</p> <p>氏名 ㊟</p> <p>個人番号</p>
--	--

医師の署名欄

事業主である医師が署名捺印ください

1種・3種組合員 (医師) 氏名 ㊟

石川県医師国民健康保険組合 理事長様

■組合記入欄						国保料整理 金額	
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	賦課	医療
月 日	有・無	月 日	月 日	月 日	対面・郵送	月	後期
人数調整	適用除外申請	保険証交付	提出	提出書類		調整	介護
月	有・無	月 日	組合員	免許証・パスポート・その他		月	
		対面・郵送	被保険者				

※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。