

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種組合員家族の被保険者資格取得届（従業員家族）

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日間以内をお願いします。

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 氏名	性別	続柄	生年月日	事由（前の保険先） ※正確に記入ください。		
					昭・平・令 年 月 日	<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 <input type="checkbox"/> 出生		
	<p>住民票上同一の世帯で資格取得を希望する被保険者（従業員家族）の氏名等を全て記入ください なお、組合員との続柄は、2種組合員（従業員）との続柄を記入ください</p>							
						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。

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

<p>■届出医療機関の</p> <p>所在地 〒 -</p> <p>2種組合員（従業員）が勤務する医療機関を記入ください 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>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>
---	---

<p>医師の署名欄</p> <p>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 ㊟</p>
--

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	月
月 日	有・無	月 日 対面・郵送	月 日 提出	月 日 提出書類	対面・郵送	後期	
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		調整	月
月	有・無	月 日 対面・郵送				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。