

# 記入例

理事受理日：令和 年 月 日			
理事長	常務理事	事務長	係

## 1種組合員の被保険者資格取得届（医師）

県医師会加入日以降で前の保険先の資格喪失日

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 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	
加入希望者届出内容	個人番号	フリガナ 氏名	性別	生年月日	事由（前の保険先） ※正確に記入ください。		
	新規加入する医師の氏名等を記入ください				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 <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>	
加入希望家族届出内容	個人番号	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日		
	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種組合員（医師）との続柄を記入ください				昭・平・令 年 月 日		
					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。

■届出医療機関の

所在地 〒 -  
主に勤務している医療機関又は  
開設・管理している医療機関を記入ください  
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。

保険証郵送先 自宅 ・ 医療機関

■医療機関以外で事業又は業務に従事している場合の

所在地 〒 -  
医療機関以外の主に勤務している福祉施設等  
開設・管理している福祉施設等を記入ください  
名称  
TEL ( ) -

■新規加入医師届出署名欄

住所(自宅) 〒 -

新規で加入を希望する医師の氏名等  
を記入ください

氏名 (印)

保険証の送付先は原則医療機関と  
なっておりますが、  
自宅に○した場合  
自宅へ送付  
します。  
ただし、  
従業員が  
加入の場合  
は医療機関  
へ送付しま  
す

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	
調整 月	後期	
	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。