

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・3種家族の被保険者資格喪失届 (医師家族)

健保組合・協会けんぽ・共済組合の資格取得日の翌日
 国保組合の資格取得日・住民票上別世帯になった日
 令和 年 月 日

※届出は14日間以内でお願いします。

■組合記入欄
 資格喪失日 令和 年 月 日

喪失家族届出内容	被保険者証 記号番号	フリガナ 氏名	生年月日	資格喪失事由 ※正確に記入ください
	石医 ー 個人番号	石医 ー 個人番号	昭平令	年 月 日
石医 ー 個人番号	石医 ー 個人番号	昭平令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ加入 <input type="checkbox"/> 後期医療制度加入 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 市町村国保加入 <input type="checkbox"/> 共済組合加入 <input type="checkbox"/> 健保組合加入 <input type="checkbox"/> 国保組合加入 <input type="checkbox"/> 死亡
石医 ー 個人番号	石医 ー 個人番号	昭平令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ加入 <input type="checkbox"/> 後期医療制度加入 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 市町村国保加入 <input type="checkbox"/> 共済組合加入 <input type="checkbox"/> 健保組合加入 <input type="checkbox"/> 国保組合加入 <input type="checkbox"/> 死亡
石医 ー 個人番号	石医 ー 個人番号	昭平令	年 月 日	<input type="checkbox"/> 協会けんぽ加入 <input type="checkbox"/> 後期医療制度加入 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 市町村国保加入 <input type="checkbox"/> 共済組合加入 <input type="checkbox"/> 健保組合加入 <input type="checkbox"/> 国保組合加入 <input type="checkbox"/> 死亡

資格喪失する被保険者 (医師家族) の氏名等を全て記入ください

上記のとおり必要書類、保険証を添付し届け出ます。

必ず次の保険先情報を記入ください

<p>■医療機関の</p> <p>所在地 〒 ー</p> <p>組合員の医療機関をご記入ください</p> <p>名称</p> <p>TEL () ー</p>	<p>■届出1種・3種組合員 (医師) の署名欄</p> <p>住所(自宅) 〒 ー</p> <p>組合員 (医師) の氏名等を記入ください</p> <p>氏名 ⑩</p> <p>個人番号</p>
---	---

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	証明書交付	番号確認	本人確認	備考
月 日	月 日 対面・郵送	月 日	月 日	対面・郵送
人数調整	保険証返還	提出	提出書類	
月	月 日 対面・郵送	組合員	免許証・パスポート・その他	
		被保険者		

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。