

記入例

理事受理日：平成		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

平成 年 月 日

※届出は14日間以内でお願いします。

■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		平成 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				
加入希望家族届出内容	住所	TEL () -			
	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				昭・平 年 月 日
	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 年 月 日
				昭・平 年 月 日	
				昭・平 年 月 日	

上記のとおり必要書類を添付し届け出ます。

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

■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	■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)
■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 () -	

保険証の送付先は原則医療機関となっておりますが、自宅に〇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	証発行	人数調整	116条該当	本人確認
月 日	月 日 対面() 郵送		氏名申請日 月 日	確認方法(対面・郵送・その他) 確認書類()

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。