



| | | | | |
|----------|------|-----|---|---|
| 理事受理日：平成 | | 年 | 月 | 日 |
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 係 | |
| | | | | |

1種・3種組合員家族の被保険者資格取得届（医師家族）

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。

平成 年 月 日

| | | | | | |
|------------|---|-------|-----------------------|----------|--|
| 加入希望家族届出内容 | ■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 | 事由（前の保険先） ※正確に記入ください。 |
| | 個人番号 | フリガナ名 | 性別 | 組合員との続柄 | |
| | 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・3種組合員（医師）との続柄を記入ください | | | | <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 ※同一世帯で市町村国保と混在できません。 <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 |

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

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 〒 - 1種・3種組合員（医師）が勤務開設又は管理す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。 | ■届出1種・3種組合員（医師）の署名欄 住所(自宅) 〒 - 1種・3種組合員（医師）の氏名等記入ください 氏名 (印) 個人番号 |
|---|--|

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 | 国保料整理 | 金額 |
| 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 () | 賦課 月 調整 月 | 医療後期介護 |

※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。