

# 記入例

理事受理日：平成		年	月	日
理事長	常務理事	事務長	係	

## 2種組合員及び2種家族の被保険者資格取得届 (従業員・従業員家族)

適用除外承認申請書提出者は、適用除外日と同日  
 それ以外の加入希望者は、医療機関勤務開始以降の日  
 で理事の受理日となります

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  
 資格取得日  
 年 月 日

平成 年 月 日

加入2種組合員届出内容	被保険者証記号番号 石医 -	フリガナ名 氏	性別	職業	事由(前の保険先) ※正確に記入ください。
	個人番号	資格取得の2種組合員の氏名等を記入ください なお、職業は、勤務される医療機関等で従事する 職務内容(看護師 <sup>注</sup> 事務等)を記入ください	生年月日 昭・平 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	
加入希望家族届出内容	個人番号	フリガナ名 氏	性別	続柄	生年月日
	資格取得する2種組合員(従業員)が同時に家族の加入を希望する場合には、氏名等を記入ください なお、住民票上同一の世帯の方に限ります また、住民票上同一の世帯の方で市町国保加入者がいる場合には、当組合へ加入ください				昭・平 年 月 日 昭・平 年 月 日 昭・平 年 月 日 昭・平 年 月 日

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。

<p>■届出医療機関の</p> <p>所在地 〒 -</p> <p>勤務する医療機関を記入ください</p> <p>名称</p> <p>TEL ( ) -</p> <p><small>※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。</small></p>	<p>■届出2種組合員(従業員)の署名欄</p> <p>住所(自宅) 〒 -</p> <p>資格取得の2種組合員(従業員)の氏名等                  記入ください</p> <p>氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p>個人番号</p>
---	--

医師の署名欄

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 ㊟

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	証発行	人数調整	116条該当	本人確認		賦課	月
月 日	月 日		氏名申請日	確認方法(対面・郵送・その他)		医療	
	対面(郵送)		月 日	確認書類( )		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。