

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・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
 平成 年 月 日

※届出は14日間以内をお願いします。

■組合記入欄
 資格喪失日 平成 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 - 個人番号	昭・平 年 月 日	<p>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</p>	<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 - 個人番号	昭・平 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 - 個人番号	昭・平 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 - 個人番号	昭・平 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		

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 〒 -</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 () -</p>	<p>■届出1種・3種組合員（医師）の署名欄</p> <p>住所(自宅) 〒 -</p> <p>組合員（医師）の氏名等を記入ください</p> <p>氏名 (印)</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				国保料整理 金額	
変更通知送付	人数調整	証明書交付	備考	賦課 月	医療 後期
月 日		月 日		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。