

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喪失届 (従業員・従業員家族)

退職日の翌日又は市町国保・国保組合の資格取得日

健保組合・協会けんぽ・共済組合の資格取得日の翌日

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
年 月 日

平成 年 月 日

喪失2種組合員届出内容	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			昭・平 年 月 日
喪失家族届出内容	石医 ー 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 ー 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 ー 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 ー 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 〒 ー</p> <p>勤務していた医療機関を記入ください</p> <p>名称</p> <p>TEL () ー</p>	<p>■届出2種組合員(従業員)の署名欄</p> <p>住所(自宅) 〒 ー</p> <p>喪失する2種組合員(従業員)の氏名等 記入ください</p> <p>氏名 ㊟</p> <p>個人番号</p>
--	--

医師の署名欄	<p>1種・3種組合員(医師) 事業主である医師が署名捺印ください ㊟</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	人数調整	証明書交付	備考
月 日		月 日	

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。