

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種家族の被保険者資格喪失届（従業員家族）

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・住民票上別世帯となった日

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
 資格喪失日
 年 月 日

平成 年 月 日

	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
喪失家族届出内容	石医 ー 個人番号		昭・平 年	<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	
	石医 ー 個人番号		昭・平 年	<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	
	石医 ー 個人番号		昭・平 年	<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	

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 所在地 〒 ー</p> <p style="color: red;">2種組合員（従業員）が勤務している （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 住所(自宅) 〒 ー</p> <p style="color: red;">2種組合員（従業員）の氏名等を 記入ください</p> <p>氏名 (印)</p> <p>個人番号</p>
---	--

医師の署名欄	<p style="color: red; text-align: center;">事業主である1種・3種組合員（医師）が署名捺印ください</p> <p>1種・3種組合員（医師） 氏名 (印)</p>
--------	--

石川県医師国民健康保険組合 理事長様

■組合記入欄				国保税整理		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。