

受 付 印

理事受理日：令和 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）

※届出は14日間以内でお願いします。

令和 年 月 日

	■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 令和 年 月 日				
加入希望家族届出内容	個人番号	フリガナ 氏 名	性別	組合員との 続柄	生年月日	事由（前の保険先） ※正確に記入ください。
	昭・平・令 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>
	昭・平・令 年 月 日					<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
	昭・平・令 年 月 日					<input type="checkbox"/> 後期医療制度離脱 <input type="checkbox"/> 出生

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 〒 —  名 称  TEL ( ) —	■届出1種・3種組合員（医師）の署名欄 住所(自宅) 〒 —  氏 名  個人番号
※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。	

(あて先)  
石川県医師国民健康保険組合理事長

**■組合記入欄**

変更通知送付	116条該当	証明書交付	番号確認	本人確認	備 考
月 日	有・無	月 日 対面・郵送	月 日 提出	月 日 提出書類 免許証・パス ポート・その他	対面・郵送
人数調整	適用除外申請	保険証交付	組 合 員 被 保 険 者		
月	有・無	月 日 対面・郵送			

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。