

受 付 印

理事受理日：令和 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)

令和 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  
年 月 日

令和 年 月 日

加入2種組合員届出内容	被保険者証記号番号	フリガナ名	性別	職 業	事由 (前の保険先) ※正確に記入ください。	
	石医 -					
	個人番号	生 年 月 日				
住 所	昭・平・令 年 月 日					
〒 -		TEL ( ) -				
加入希望家族届出内容	個人番号	フリガナ名	性別	続柄	生 年 月 日	□協会けんぽ離脱
					昭・平・令 年 月 日	□健保組合離脱
					昭・平・令 年 月 日	□市町村国保離脱 ※同一世帯で市町村国保と混在できません。
					昭・平・令 年 月 日	□国保組合離脱
					昭・平・令 年 月 日	□共済組合離脱
					昭・平・令 年 月 日	□生活保護廃止
					昭・平・令 年 月 日	□後期医療制度離脱

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 所在地 〒 -</p> <p>名 称</p> <p>TEL ( ) -</p> <p>※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。</p>	<p>■届出2種組合員(従業員)の署名欄 住所(自宅) 〒 -</p> <p>氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>
	個人番号

<p>医師の署名欄</p> <p>1種・3種組合員(医師) 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</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	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	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	免許証・パス ポート・その他	
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。