

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 種組合員家族の被保険者資格取得届（従業員家族）

※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 ー	■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 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 <input type="checkbox"/> 後期医療制度離脱 <input type="checkbox"/> 出生
	昭・平・令 年 月 日			
	昭・平・令 年 月 日			

上記のとおり必要書類を添付し届け出ます。

<b>■届出医療機関の</b> 所在地 〒 ー  名 称  TEL ( ) ー	<b>■届出2種組合員（従業員）の署名欄</b> 住所(自宅) 〒 ー  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。	

<b>医師の署名欄</b> 1種・3種組合員（医師） 氏 名
-----------------------------------

(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	国保料整理	金 額
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	賦課 月	医療
人数調整	適用除外申請	保険証交付	組 合 員 被 保 険 者			調整 月	後期
月	有・無	月 日 対面・郵送					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。