

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 種組合員の被保険者資格取得届（医師）

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 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					
加入希望者届出内容	個人番号	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	事由（前の保険先） ※正確に記入ください。  <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 ※同一世帯で 市町村国保と 混在できません。		
	住所	TEL ( ) —		昭・平・令 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	<input type="checkbox"/> 国保組合離脱  <input type="checkbox"/> 国保組合離脱  <input type="checkbox"/> 生活保護廃止  <input type="checkbox"/> 後期医療制度離脱	
					昭・平・令 年 月 日		
							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。

■届出医療機関の 所在地 〒 —  名 称 TEL ( ) — ※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。 保険証郵送先 自 宅 ・ 医療機関 氏 名	■新規加入医師届出署名欄 住所(自宅) 〒 —
■医療機関以外で事業又は業務に従事している場合の 所在地 〒 —  名 称 TEL ( ) —	

(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	対面・郵送	国保料整理
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		賦課 月
月	有・無	月 日 対面・郵送				調整 月
						金 額
						医療 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。