

受 付 印

理事受理日：令和 年 月 日			
理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	係

3 種 組 合 員 脱 退 届

令和 年 月 日

■組合記入欄 脱 退 年 月 日		平成 年 月 日 令和		■組合記入欄 資 格 喪 失 年 月 日		令和 年 月 日	
脱 退 組 合 員	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	
	石医 ー 個人番号			昭平令 年 月 日		□死 亡 □その他	
資 格 喪 失	被保険者証 記号番号			昭平令 年 月 日		<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						
家 族 届 出 内 容	被保険者証 記号番号			昭平令 年 月 日		<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						

上記のとおり必要書類、保険証を添付し届け出ます。

<p>■医療機関の 所在地 〒 ー</p> <p>名 称</p> <p>TEL () ー</p>	<p>■3種組合員（医師）の署名欄 住所(自宅) 〒 ー</p> <p>氏 名 (印)</p> <p>■届出者の署名欄 ※死亡組合員と同一世帯の方、又は喪主が申請ください。 住所(自宅) 〒 ー</p> <p>氏 名 (印)</p> <p>死亡組合員との続柄 ()</p>
個人番号	

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	証明書交付	番号確認	本人確認	備 考	国保料整理	金 額
月 日	月 日 対面・郵送	月 日	月 日	対面・郵送	賦課 月	医療
人数調整	保険証返還	提出	提出書類		調整 月	後期
月	月 日 対面・郵送	組合員 被保険者	免許証・パス ポート・その他			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。