

| |
|-------|
| 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 種組合員及び1 種家族の被保険者資格喪失届 (医師・ 医師家族)

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
資格喪失
年 月 日

令和 年 月 日

| 喪失1種組合員届出内容 | 被保険者証 記号番号 | フリガナ | | 生年月日 | 資格喪失事由 ※正確に記入ください |
|-------------|---------------|------|--|-----------|--|
| | 石医 ー | | | | 昭平令 年 月 日 |
| | 個人番号 | | | | |
| 喪失家族届出内容 | 石医 ー | | | 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 |
| | 個人番号 | | | | |
| | 石医 ー | | | 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 |
| | 個人番号 | | | | |
| 内 容 | 石医 ー | | | 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 |
| | 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。

| | | | |
|-------------------|--|--------------------------------|--|
| ■医療機関の 所在地 〒 ー | | ■届出1種組合員（医師）の署名欄 住所(自宅) 〒 ー | |
| 名 称 | | 氏 名 | |
| TEL () ー | | 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 |
| 月 日 | 月 日 対面・郵送 | 月 日 提出 | 月 日 提出書類 | 対面・郵送 |
| 人数調整 | 保険証返還 | 組合員被保険者 | 免許証・パスポート・その他 | |
| 月 | 月 日 対面・郵送 | | | |

| | |
|-------|-----|
| 国保料整理 | 金 額 |
| 賦課 月 | 医療 |
| | 後期 |
| 調整 月 | 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。