

受 付 印

理事受理日：平成 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)

平成 年 月 日

※届出は14日間以内をお願いします。

■組合記入欄  
資格取得  
年 月 日

平成 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。  <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。
	石医 -	氏 名				
	個人番号					
	住所			生年月日		
	〒 -	TEL ( ) -		昭・平 年	月 日	
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	<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
		氏 名			昭・平 年	
					月 日	
					昭・平 年	
					月 日	
					昭・平 年	
					月 日	

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。