

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。

平成 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 平成 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 年 月 日				<input type="checkbox"/> 協会けんぽ離脱 <input type="checkbox"/> 健保組合離脱
	昭・平 年 月 日				<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。
	昭・平 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
	昭・平 年 月 日				<input type="checkbox"/> 後期医療制度離脱 <input type="checkbox"/> 出生

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 〒 ー  名 称  TEL ( ) ー	■届出2種組合員（従業員）の署名欄 住所(自宅) 〒 ー  氏 名 <span style="float: right;">Ⓔ</span>
※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。	
個人番号	

医師の署名欄 1種・3種組合員（医師） 氏 名 <span style="float: right;">Ⓔ</span>
---

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 月 日	116条該当 有・無	証明書交付 月 日 対面・郵送	番号確認 月 日 提出	本人確認 月 日 提出書類 免許証・パスポート・その他	備考 対面・郵送
人数調整 月	適用除外申請 有・無	保険証交付 月 日 対面・郵送	組合員 被保険者		

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。