

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喪失届 (従業員・従業員家族)

平成 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

平成 年 月 日

喪失2種組合員届出内容	被保険者証 記号番号	フリガナ名		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 年 月 日
喪失家族届出内容	石医 ー 個人番号			昭・平 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			昭・平 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			昭・平 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			昭・平 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

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>■届出2種組合員(従業員)の署名欄 住所(自宅) 〒 ー</p> <p>氏 名 (印)</p> <p>個人番号</p>
---	---

<p>医師の署名欄</p> <p>1種・3種組合員(医師) 氏 名 (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	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	
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。