

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種家族の被保険者資格喪失届（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
資格喪失日
年 月 日

平成 年 月 日

喪失家族届出内容	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 年 月 日
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。

■医療機関の 所在地 〒 ー		■届出2種組合員（従業員）の署名欄 住所(自宅) 〒 ー	
名 称		氏 名	
TEL () ー		個人番号	

医師の署名欄 1種・3種組合員（医師） 氏 名	⑩
-----------------------------------	---

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。