

受 付 印

理事受理日：平成 年 月 日			
理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	係

## 3 種 組 合 員 脱 退 届

平成 年 月 日

■組合記入欄 脱 退 年 月 日	平成 年 月 日	■組合記入欄 資 格 喪 失 年 月 日	平成 年 月 日
脱 退 組 合 員	被保険者証 記号番号	フリガナ 氏 名	生年月日
	石医 ー 個人番号		昭・平 年 月 日
資 格 喪 失	被保険者証 記号番号	フリガナ 氏 名	生年月日
	石医 ー 個人番号		昭・平 年 月 日
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
	石医 ー 個人番号		昭・平 年 月 日

上記のとおり必要書類、保険証を添付し届け出ます。

<b>■医療機関の</b> 所在地 〒 ー  <b>■3種組合員（医師）の署名欄</b> 住所（自宅） 〒 ー  氏 名 <span style="float: right;">(印)</span>  <b>■届出者の署名欄</b> ※死亡組合員と同一世帯の方、又は喪主が申請ください。 住所（自宅） 〒 ー  氏 名 <span style="float: right;">(印)</span> 死亡組合員との続柄 ( )	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	国保料整理	金額
月 日	月 日 対面・郵送	月 日	月 日	対面・郵送	賦課 月	医療
人数調整	保険証返還	提出	提出書類		調整 月	後期
月	月 日 対面・郵送	組合員 被保険者	免許証・パス ポート・その他			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。