

受付印

理事受理日：令和 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)

令和 年 月 日

※届出は14日間以内でお願いします。

■組合記入欄
資格取得日
年 月 日

令和 年 月 日

加入2種組合員届出内容	記号番号	フリガナ名		性別	職業	マイナ保険証保有の有無
	石医 -	氏 名				
	個人番号					□有 □無
		住所		生年月日		
〒 -	TEL () -		昭・平・令 年			
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	
					昭・平・令 年 月 日	□有 □無
					昭・平・令 年 月 日	□有 □無
					昭・平・令 年 月 日	□有 □無
事由 (前の保険先)	<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。 <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					

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 〒 - 名称 TEL () - ※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。	■届出2種組合員(従業員)の署名欄 住所(自宅) 〒 - 氏名 個人番号
---	--

医師の署名欄 1種・3種組合員(医師) 氏名

(あて先)
石川県医師国民健康保険組合理事長

■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。