

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。

令和 年 月 日

記号番号	石医 ー	資 格 取 得 日	令和 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	マイナ保険証保有の有無
					昭・平・令 年 月 日	□有 □無
					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 <input type="checkbox"/> 出生					

上記のとおり必要書類を添付し届け出ます。

<p>■届出医療機関の</p> <p>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</p> <p>住所(自宅) 〒 ー</p> <p>氏 名</p>		
<p>※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。</p>			
<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">個人番号</td> <td style="width: 100px;"> </td> </tr> </table>		個人番号	
個人番号			

<p>医師の署名欄</p> <p style="text-align: center;">1種・3種組合員（医師） 氏 名</p>

(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	国保料整理	金 額
月 日	有・無	月 日 対面・郵送	月 日 提出	月 日 提出書類	対面・郵送	賦課 月	医療
人数調整	適用除外申請	月 日 保険証交付	組合員 被保険者	免許証・パス ポート・その他		後期	
月	有・無	月 日 対面・郵送				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。