

受 付 印

理事受理日：令和 年 月 日			
理事長	常務理事	事務長	係

1 種組合員の被保険者資格取得届（医師）

令和 年 月 日

※届出は14日間以内でお願いします。

	記号番号	石医 —	資格取得日 年 月 日	令和 年 月 日		
加入希望者届出内容	個人番号	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	マイナ保険証 保有の有無	
				昭・平・令 年 日 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	住所 〒 —	TEL () —				
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	
					昭・平・令 年 日 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
					昭・平・令 年 日 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
					昭・平・令 年 日 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。

<p>■届出医療機関の</p> <p>所在地 〒 —</p> <p>名 称 TEL () —</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> <p>郵送先 自 宅 ・ 医療機関 氏 名</p>	<p>■新規加入医師届出署名欄</p> <p>住所(自宅) 〒 —</p>
<p>■医療機関以外で事業又は業務に従事している場合の</p> <p>所在地 〒 —</p> <p>名 称 TEL () —</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	保険証交付	組合員 被保険者	免許証・パス ポート・その他		調整 月	後期 介護
月	有・無	月 日 対面・郵送					

※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。