



理事受理日：令和 年 月 日			
理事長	常務理事	事務長	係

3 種 組 合 員 脱 退 届

規約により、任意での脱退は当組合に申し込んだ日より1か月後が脱退日となります
令和 年 月 日

■組合記入欄 脱退 年 月 日	平成 年 月 日 令和	■組合記入欄 資格喪失 年 月 日	令和 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	資格喪失事由 ※正確に記入ください <input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> その他
	脱退する3種組合員（医師）の氏名等を記入ください		
資格喪失 家族届 出内容	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
	脱退する3種組合員（医師）に当組合の被保険者である 家族がいる場合には、氏名等を記入ください		
	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。

<p>■医療機関の 所在地 〒 ー</p> <p>勤務していた又は開設・管理していた 医療機関を記入ください</p> <p>名 称</p> <p>TEL () ー</p>	<p>■3種組合員（医師）の署名欄 住所(自宅) 〒 ー</p> <p>3種組合員（医師）の氏名等を記入ください 氏 名 (印)</p> <p>■届出者の署名欄 ※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</p> <p>氏 名 (印)</p> <p>死亡組合員との続柄 ()</p>
<p>個人番号 3種組合員の個人番号 記入ください</p>	

石川県医師国民健康保険組合 理事長様

■組合記入欄					国保料整理 金 額	
変更通知送付 月 日	証明書交付 月 日 対面・郵送	番号確認 月 日	本人確認 月 日	備考 対面・郵送	賦課 月	医療 後期
人数調整 月	保険証返還 月 日 対面・郵送	提出 組合員 被保険者	提出書類 免許証・パス ポート・その他		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。