

記入例

理事受理日：令和 年 月 日			
理事長	常務理事	事務長	係

1種・3種組合員家族の被保険者資格取得届（医師家族）

住民票上同一の世帯となった日
 住民票上同一の世帯で、前の保険先の資格喪失日
 出生の場合には、出生日

※届出は14日間以内をお願いします。 令和 年 月 日

記号番号	石医	資格取得日	令和 年 月 日
加入希望家族届出内容	個人番号	フリガナ名	性別
	住民票上同一世帯で資格取得を希望する被保険者（医師家族）の氏名等を全て記入ください なお、組合員との続柄は、1種・3種組合員（医師）との続柄を記入ください		組合員との続柄 生年月日 マイナ保険証保有の有無
			昭・平・令 年 月 日 昭・平・令 年 月 日 昭・平・令 年 月 日 昭・平・令 年 月 日
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		

マイナンバーカードの健康保険証利用登録をされている場合は、有にチェック登録していない場合は、無にチェック
 ※マイナンバーカードは有効期限内かつ電子証明書（5年ごとに更新が必要）が有効であるものに限り

上記のとおり必要書類を添付し届け出ます。

当組合加入前直近の保険先を記入ください

■届出医療機関の 所在地 〒 - 名称 1種・3種組合員（医師）が勤務開設又は管理する医療機関を記入ください 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1種・3種組合員（医師）の署名欄 住所(自宅) 〒 - 氏名 1種・3種組合員（医師）の氏名等記入ください 個人番号
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

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