

記入例

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)

適用除外承認申請書提出者は、適用除外日と同日
 それ以外の加入希望者は、医療機関勤務開始日

令和 年 月 日

※届出は14日間以内をお願いします。

■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 石医 -	フリガナ名 氏	性別	職業	マイナ保険証 保有の有無
	個人番号				
加入希望家族届出内容	個人番号	フリガナ名 氏	性別	続柄	生年月日
					昭・平・令 年 月 日

資格取得の2種組合員の氏名等を記入ください
 なお、職業は、勤務される医療機関等で従事する
 職務内容（看護師、事務等）を記入ください

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
 あるものに限る
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。

当組合加入前直近の保険先を記入ください

<p>■届出医療機関の</p> <p>所在地 〒 -</p> <p>勤務する医療機関を記入ください</p> <p>名称</p> <p>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>■届出2種組合員（従業員）の署名欄</p> <p>住所(自宅) 〒 -</p> <p>資格取得の2種組合員（従業員）の氏名等 氏名 記入ください</p> <p>個人番号</p>
--	--

医師の署名欄

事業主である医師が署名ください

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 免許証・パス ポート・その他	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		
月	有・無	月 日 対面・郵送			

国保料整理	金額
賦課 月	医療 後期
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。