

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種組合員家族の被保険者資格取得届（従業員家族）

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日間以内でお願いします。

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	フリガナ氏名	性別 続柄 生年月日
	<p>住民票上同一の世帯で資格取得を希望する被保険者（従業員家族）の氏名等を全て記入ください          なお、組合員との続柄は、2種組合員（従業員）との続柄を記入ください</p>		<p>昭・平・令 年 月 日          昭・平・令 年 月 日          昭・平・令 年 月 日          昭・平・令 年 月 日</p>
			マイナ保険証保有の有無
			<p>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</p>
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。

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>名称 2種組合員（従業員）が勤務する医療機関を記入ください</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>氏名 2種組合員（従業員）の氏名等記入ください</p> <p>個人番号</p>
--	---

医師の署名欄	<p>事業主である医師が署名ください</p> <p>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 免許証・パスポート・その他	対面・郵送	賦課 月	医療 後期
人数調整	適用除外申請	保険証交付	組合員被保険者			調整 月	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。