

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種組合員の被保険者資格取得届（医師）

県医師会加入日以降で前の保険先の資格喪失日

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	令和 年 月 日
加入希望者届出内容	個人番号	フリガナ名	性別
	新規加入する医師の氏名等を記入ください		生年月日
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種組合員（医師）との続柄を記入ください		続柄
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 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> 後期医療制度離脱 <input type="checkbox"/> 国保組合離脱 <input type="checkbox"/> 共済組合離脱 ※同一世帯で市町村国保と混在できません。		

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 主に勤務している医療機関又は開設・管理してい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>郵送先 自宅 ・ 医療機関</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 医療機関以外の主に勤務している福祉施設等を開設・管理している福祉施設等を記入ください</p> <p>TEL -</p>	<p>■新規加入医師届出署名欄</p> <p>住所(自宅) 〒 -</p> <p>新規で加入を希望する医師の氏名等を記入ください</p> <p>氏名</p>
--	--

送付先は原則医療機関となっておりますが、自宅に○をした場合は医療機関へ送付します。ただし、従業員が加入の場合は医療機関へ送付します。

(あて先) 石川県医師会国民健康保険組合理事長

組合記入欄

変更通知送付	I16条該当	証明書交付	番号確認	本人確認	備考
月 日	有・無	月 日	月 日	月 日	対面・郵送
人数調整	適用除外申請	保険証交付	提出書類	提出書類	
月	有・無	月 日	組合員	免許証・パスポート・その他	
		対面・郵送	被保険者		

国保料整理	金額
賦課 月	医療
調整 月	後期
	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。