

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喪失届 (従業員・従業員家族)

退職日の翌日又は市町国保・国保組合の資格取得日

健保組合・協会けんぽ・共済組合の資格取得日の翌日

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
資格喪失
年 月 日

令和 年 月 日

喪失2種組合員届出内容	被保険者証 記号番号	フリガナ 氏名	生年月日	資格喪失事由 ※正確に記入ください
	石医 ー 個人番号			昭平令 年 月 日
資格喪失する2種組合員（従業員）の氏名等を全て記入ください				
喪失家族届出内容	被保険者証 記号番号	フリガナ 氏名	生年月日	資格喪失事由 ※正確に記入ください
	石医 ー 個人番号		昭平令 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
資格喪失する2種組合員（従業員）に当組合の被保険者である家族がいる場合には、氏名等を全て記入ください				
喪失家族届出内容	被保険者証 記号番号	フリガナ 氏名	生年月日	資格喪失事由 ※正確に記入ください
	石医 ー 個人番号		昭平令 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
喪失家族届出内容	被保険者証 記号番号	フリガナ 氏名	生年月日	資格喪失事由 ※正確に記入ください
	石医 ー 個人番号		昭平令 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。

必ず次の保険先情報を記入ください

<p>■医療機関の</p> <p>所在地 〒 ー</p> <p>勤務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>■届出2種組合員（従業員）の署名欄</p> <p>住所(自宅) 〒 ー</p> <p>喪失する2種組合員（従業員）の氏名等 記入ください</p> <p>氏名 Ⓜ</p> <p>個人番号</p>
--	--

<p>医師の署名欄</p> <p>1種・3種組合員（医師） 氏名 Ⓜ</p> <p style="text-align:center">事業主である医師が署名捺印ください</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
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		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。