



理事受理日：令和 年 月 日			
理事長	常務理事	事務長	係

## 2種家族の被保険者資格喪失届（従業員家族）

健保組合・協会けんぽ・共済組合の資格取得日の翌日  
 国保組合の資格取得日・住民票上別世帯となった日

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  
 資格喪失日  
 年 月 日

令和 年 月 日

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	資格喪失する被保険者（従業員家族）の氏名等を全てご記入ください	<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
石医 ー 個人番号	昭平令 年 月 日			
石医 ー 個人番号	昭平令 年 月 日			
石医 ー 個人番号	昭平令 年 月 日			

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 所在地 〒 ー</p> <p>2種組合員（従業員）が勤務している （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 住所(自宅) 〒 ー</p> <p>2種組合員（従業員）の氏名等を 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>事業主である1種・3種組合員（医師）が署名捺印ください</p> <p>1種・3種組合員（医師） 氏名</p>
---

石川県医師国民健康保険組合 理事長様

■組合記入欄

変更通知送付	証明書交付	番号確認	本人確認	備考
月 日	月 日 対面・郵送	月 日	月 日	対面・郵送
人数調整	保険証返還	提出書類	提出書類	
月	月 日 対面・郵送	組合員 被保険者	免許証・パス ポート・その他	

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。