

家族のみ取得する場合は、様式第3号をご提出ください
(事実発生の日から14日以内に提出願います)

Table with 4 columns: 常務理事, 理事, 事務長, 担当者

受付印

国民健康保険被保険者資格取得届【第2種組合員(従業員)及び家族】

太枠内はすべてご記入ください

注意

番号は、第1種組合員(医師)の保険証番号又は組合員証番号をご記入ください。

Main application form with multiple sections: 被保険者証番号, 勤務先名称, 第2種組合員現住所, 今回加入する方の氏名, 住民票上の家族, 承諾事項, etc.

注意: 太枠内をすべてご記入いただき、必要書類を必ず添付してください。...

※ 当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。

D L

Table for branch confirmation: 支部確認欄, 支部長, 支部受付年月日, 台帳整理, 被保険者数

Table for insurance confirmation: 組合確認欄, 受取, 適用除外, 保険料, 月調整