

《記入例》 第二種組合員への加入を希望する場合の例です。

※こちらは希望するに○をされた方のみ記入下さい。

記号番号											
医	3	0	-	9	9	9	9	9	9		
フリガナ					資格喪失年月日						
氏名					氏名						
イクニ		ヤスコ			令和	0	1	0	5	0	2
医国		保子									

第二種組合員への加入を希望する、しないにかかわらず必ず記入下さい。

上記のとおり、後期高齢者医療制度へ加入のため、医師国保の被保険者資格の喪失を届けます。

☆現在ご使用の医師国保被保険者証は、75歳の誕生日以降14日以内にご返却下さい。

※ 後期高齢者医療制度移行後に医師国保の第二種組合員(保険給付を受けない組合員)への加入を希望するか、しないかを確認させていただきます。以下の希望する、希望しない、どちらかを○で囲んでいただき医師国保へご提出下さい。第二種組合員への加入を希望する場合は右側の用紙へご記入下さい。

第二種組合員  
(保険給付を受けない組合員)  
への加入を

下記のどちらかを○で囲んでください

1. **希望する**

右側の第二種組合員  
資格取得申請書にご  
記入ください。

2. **希望しない**

必ずどちらかを○  
で囲んで下さい

提出日をご記入下さい

京都府医師国民健康保険組合様  
令和 元年 5月 7日

組合員氏名(資格喪失者) 医国 保子 (印)  
組合員氏名(事業主名) 医国 一郎 (印)

資格喪失者と事業主が同じ場合は事業主名欄のみで可

第二種番号												
第	二	種										
フリガナ					性別	生 年 月 日						
氏名					氏名	性別	生	年	月	日		
イクニ		ヤスコ			男	大正	年	月	日			
医国		保子				昭和						
現住所 (自宅)							1	9	0	5	0	1
〒 6 0 2 - 8 3 △ △												
京都府 京都市 中京区壬生東高田町△番地の△						電話番号 075-451-8XXX						
第二種組合員 資格取得年月					令和	0	1	0	5	0	1	

上記のとおり、下記の事項を承諾した上で申請します。

《 約 諾 事 項 》

1. 組合の定める保険料の納付方法に従うこと
2. 引続き加入を継続する家族、勤務医、准組合員がある場合は、資格喪失後の被保険者証の返還、不正使用に基づく返還金の納付について責務を負うこと。
3. 上記2に定める者の自家診療該当の医療費は請求しないこと。

第二種組合員になろうとする者と事業主が同じ場合は事業主名欄のみで可

京都府医師国民健康保険組合様  
令和 元年 5月 7日

組合員氏名(第二種組合員になろうとする者) 医国 保子 (印)  
組合員氏名(事業主名) 医国 一郎 (印)