組合員資格継続届

様式第34号

・各種申請書等で知り得た組合員及び被保険者の情報は、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。
・項目は全て記入してください。不備があるときは、再提出をお願いすることがあります。

資格継続を希望する組合員（医師）	記号・番号	道医・　　ー	
	所属医師会名 （郡市又は医育機関）		医師会
	資格継続年月日 （後期高齢者医療制度の適用日）	令和　　年　　月　　日	
	資格継続する日の年齢		歳
	組合員氏名	(姓)	(名)
	生年月日	年　　月　　日	

北海道医師国民健康保険組合の組合員資格継続を、上記のとおり届けます。

届出年月日		令和　　年　　月　　日
組合員（医師）	住所 （住民票記載の住所）	北海道
	氏名	

北海道医師国民健康保険組合理事長 様

支部(医師会)記入欄

受　付	年　月　日	支部(医師会) 担当者印
台帳整理	年　月　日	
組合宛回送	年　月　日	

届出代行者 （担当者）	事業所名称	
	担当者氏名	
	連絡先電話番号	ー　　ー

事務局記入欄

加入区分	事由区分	台帳入力	お知らせ	資格確認書	組合員証
資格継続	9. その他		有 人	無 人	

受付日付印

2024.12.2