

第二種組合員の勤務状況

(家族の加入および健康保険被保険者適用除外申請をされる方は、記入の必要はありません。)

| | |
|-----------------|---|
| 採用年月日 | 令和 6 年 12 月 1 日 |
| 勤務形態※ | ア. 常勤 イ. 非常勤 (目安として1ヶ月あるいは1日の勤務日数、勤務時間がおおむね3/4以上) |
| 上記がイ.の場合 | 1ヶ月の勤務日数 日間 |
| | 1日の勤務時間 時間 |
| 賃金 (基本的な支給額) | 月額 200,000 円 |
| 備考 | |

※ ア.イ.どちらにもあてはまらない場合は加入することができませんのでご了承下さい。

誓 約 書

神奈川県医師国民健康保険組合を「甲」とし、
第一種組合員 を「乙」とし、資格取得申請に当り下記条項を約諾します。

記

- 乙の申請する被保険者（以下「丙」と云う）の保険料は、神奈川県医師国民健康保険組規約第17条により乙が納入すること。
- 丙の資格喪失後の被保険者証・資格確認書の回収は乙の責務とすること。
- 丙の医療費等の不正使用にもとづく返還金の納付義務は、乙に帰属するものであること。
- 丙の勤務する医療機関における医療費等は、自家診療にあたるため甲に請求しないこと。

※ 各申請書等で知り得た被保険者の個人情報は、本申請の目的以外で利用することはありません。

代理人(社労士等)による申請の場合は、
委任欄にご記入、ご捺印をお願いいたします。

【委任欄】私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。 令和 6 年 12 月 1 日

| | | | |
|----------|------------------|-------------|--------------|
| 受任者 住所 | 横浜市中区富士見町300-100 | 委任者 住所 | 横浜市中区富士見町3-1 |
| (代理人) 氏名 | 神奈川 一郎 | (第一種組合員) 氏名 | 医師 太郎 |