

勤務状況等に関する届

第1種組合員が加入する場合、以下に記載してください。

第1種組合員氏名： 医 師 一 郎

①新潟県医師会への加入： 有 ・ 無
※新潟県医師会会員でないと加入できません。

②医籍登録番号：

○	○	○	○	○	○
---	---	---	---	---	---

③医療等従事先の医療機関等：

名 称	国保クリニック
住 所	新潟市中央区医学町通二番町13番地

④勤務形態： 1.開業医 ・ 2.勤務医
※2.勤務医の場合、勤務状況を確認できる書類（雇用契約書等）の写しを添付してください。

⑤前年度の収入金額： 〇〇〇〇 万円
※源泉徴収票の支払金額または確定申告書の収入金額

第2種組合員が加入する場合、以下に記載してください。

第1種組合員氏名： 医 師 一 郎

下記の者が当事業所に就労し、雇用していることを証明いたします。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

氏 名	採用年月日	勤務形態 ※
看 護 良 子	令和 〇 年 〇 月 〇 日	1.常勤 2.非常勤
	令和 年 月 日	1.常勤 2.非常勤
	令和 年 月 日	1.常勤 2.非常勤
	令和 年 月 日	1.常勤 2.非常勤

※2.非常勤（勤務時間が常勤の人の3/4未満）の場合は加入できません。