決裁年月日		年　月　日				
理事長	副理事長	常務理事		事務長	課長	係

国民健康保険被保険者資格喪失届書

被保険者記号・番号		資格喪失年月日	※　．　．
氏名	組合員との続柄	資格喪失の理由（本組合脱退後加入の保険）	転出＝　月　日 県歯科医師国保へ加入 市町村国保へ加入
個人番号(12桁)			社会保険加入　月　日　健保／共済組合／その他　へ加入 加入事業所名
個人番号(12桁)			
個人番号(12桁)			
個人番号(12桁)			死亡＝　年　月　日
個人番号(12桁)			転出先住所
個人番号(12桁)			

上記のとおり届けます。

令和　　年　　月　　日

第１種組合員　住　所

氏　名　　㊞

三重県歯科医師国民健康保険組合理事長　様

1. 資格喪失理由は必ず記入してください。
2. 「被保険者証または資格確認書」を所持されている方は、添付してください。
3. 資格喪失年月日欄は記入しないでください。