

決裁年月日		年 月 日			
理事長	副理事長	常務理事		事務長	課長

## 国民健康保険被保険者資格喪失届書

被保険者証 記号・番号		資 格 喪 失 日 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)			
個人番号(12桁)			社会保険 月 日 健保 }へ加入 加 入 共済組合 そ の 他
個人番号(12桁)			
個人番号(12桁)			加入事業所名 _____
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)			
個人番号(12桁)			

1. 資格喪失理由は必ず記入してください。
2. この届書には「被保険者証」を添付してください。
3. 資格喪失年月日欄は記入しないでください。

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

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

