

理事長	副理事長	常務理事	事務長

受付日	
担当者	
担当者印	

国民健康保険 組合員資格「継続」届出書

届出組合員 氏名	(ふりがな) ○○○○ ○○○○	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 女
	先生のお名前	生年月日	昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
住所	〒 ○○○ - ○○○○		
	診療所またはご自宅の住所を記入してください 電話番号 ○○○-○○○-○○○○		
被保険者証 記号番号	30 歯 ○○○○○○○○○○○	医療機関名	○○歯科医院

上記のとおり組合員資格を継続したいので届け出ます。

平成○○年○○月○○日

届出組合員氏名

先生のお名前

印

茨城県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

国保組合からの連絡事項

- 75歳の誕生日に達したら、「被保険者証」と「高齢受給者証」は国保組合に返却してください。
- 組合員資格を継続した場合、月額2,000円の保険料を納付していただきます。
- 組合員資格を継続することで、次の保健事業が利用できます。
 - 健康管理費の受給
- 組合員資格を継続する必要がなくなった場合は「組合員資格喪失届出書」を提出してください。
組合員資格継続は、例外的な取り扱いですので、家族が75歳に達したなどで継続理由が消滅した場合は、組合から「資格喪失届出書」をお送りいたしますから、ご記入のうえ提出をお願いいたします。

茨城県歯科医師国民健康保険組合

〒310-0911 水戸市見和2-292

TEL 029-252-2562

FAX 029-252-2564