

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「喪失」届出書

届出組合員 氏名	(ふりがな) ○○○○ ○○○○ 先生のお名前(お亡くなりになっ た場合は喪主の方のお名前)	性 別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
		生 年 月 日	大正・ <input checked="" type="radio"/> 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
資格喪失年月日	平成○○年○○月○○日		

資格喪失の理由	<p>該当する番号を○で囲んでください。</p> <p><input checked="" type="radio"/> ① 本人(組合員)が75歳に達した。</p> <p><input type="radio"/> ② 家族(配偶者等)が75歳に達した。</p> <p><input type="radio"/> ③ 死 亡(平成 年 月 日) ※届出組合員が死亡した場合は、ご遺族の方が提出してください。</p> <p><input type="radio"/> ④ その他( )</p>
---------	--

上記のとおり組合員資格を喪失したいので届け出ます。

平成 ○○年 ○○月 ○○日

届出組合員氏名 ○○ ○○ 印  
(届出組合員が死亡の場合はご遺族の方の氏名・印)

茨城県歯科医師国民健康保険組合理事長 様