

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)	性別	男 女
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
住所	〒		
	電話番号		
被保険者証 記号番号	歯	医療機関名	
資格喪失年月日	令和 年 月 日		

資格喪失の理由	該当する番号を○で囲んでください。		
	①	本人(組合員)が75歳に達した。	
	②	家族(配偶者等)が75歳に達した。	
	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。	
	④	その他()	

上記のとおり組合員資格を喪失したいので届け出ます。

令和 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