

(第2種組合員用)

茨城県歯科医師国民健康保険組合
被保険者資格喪失届

赤字の箇所は全て記入し、必ず
被保険者証を添付してください。
(網掛けの箇所は未記入)

資格喪失年月日	喪失の事由		特記事項
令和〇〇年〇〇月〇〇日	☐ 社保加入 ☐ 後期高齢者加入 ☐ その他 ☐ 死亡 ☒ 国保(市町村)加入		
組合員氏名	資格喪失証明書の送付先		☐ 無し ☐ 特1 ☐ 特2
従業員氏名	☒ 不必要 ☐ 診療所 ☐ 自宅		
診療所所在地	〒		
資格喪失する者の現住所	〒 〇〇〇 — 〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇 — 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇		

※資格喪失日とは、事由の発生した日の翌日の事
(例)3月31日にお辞めになった場合、4月1日と記入する

資格喪失する者の氏名	続柄	性別	生年月日	事由
フリガナ 〇〇〇 〇〇〇〇 従業員氏名	本人	男・女 女	昭・平・令 〇 〇 〇 〇 〇 〇 個人番号※	次に加する(または予定)の保険者名 (協会けんぽ)
フリガナ 従業員氏名		男・女 男	昭・平・令 年 月 日 個人番号※	☐ 社保加入 ☐ 後期高齢者加入 ☐ その他 ☐ 死亡 ☐ 国保(市町村)加入
フリガナ 従業員氏名		男・女 男	昭・平・令 年 月 日 個人番号※	☐ 社保加入 ☐ 後期高齢者加入 ☐ その他 ☐ 死亡 ☐ 国保(市町村)加入
フリガナ 従業員氏名		男・女 男	昭・平・令 年 月 日 個人番号※	☐ 社保加入 ☐ 後期高齢者加入 ☐ その他 ☐ 死亡 ☐ 国保(市町村)加入
フリガナ 従業員氏名		男・女 女	昭・平・令 年 月 日 個人番号※	☐ 社保加入 ☐ 後期高齢者加入 ☐ その他 ☐ 死亡 ☐ 国保(市町村)加入

喪失するご家族様がいる場合は、
2番から順にご記入ください。
(続柄、事由等漏れなくお願いします)

※個人番号を取得する場合は、利用目的を本人に通知又は公表してください。
また、必ず本人確認(番号確認及び身分確認)を行ったうえで、個人番号を記入して下さい。
※被保険者証を必ず添付してください。

上記の通り本人確認(番号確認及び身分確認)をしたうえで個人番号を記入し届けます。

茨城県歯科医師国民健康保険組合 理事長殿 令和〇〇年〇〇月〇〇日

支部代表者署名	第1種組合員署名
支 部 名	診療所名 〇〇〇歯科医院
支部代表者署名	組合員氏名 先生のご署名

<個人番号の利用目的について>
当組合は、被保険者及び被扶養者の個人番号を、番号法別表第三十項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保健事業の実施に関する事務」において適用、給付及び徴収業務で使用します。
※組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。