

茨城県歯科医師国民健康保険組合
被保険者資格喪失届

決裁

事務長

担当者

資格喪失年月日	喪失の事由			特記事項
令和 年 月 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		
⑩		☐ 不必要 ☐ 診療所 ☐ 自宅		
☐ 無し ☐ 特1 ☐ 特2				

診療所所在地	〒 — 電話番号 — —
資格喪失する者の現住所	〒 — 電話番号 — —

資格喪失する者の氏名		続柄	性別	生年月日				事由											
1	フリガナ	本人	男	昭・平・令	年	月	日	次に加加入する(または予定)の保険者名()											
	女		個人番号※																
2	フリガナ		男	昭・平・令	年	月	日	☐ 社保加入 ☐ 後期高齢者加入 ☐ その他 ☐ 死亡 ☐ 国保(市町村)加入											
	女		個人番号※																
3	フリガナ		男	昭・平・令	年	月	日	☐ 社保加入 ☐ 後期高齢者加入 ☐ その他 ☐ 死亡 ☐ 国保(市町村)加入											
	女		個人番号※																
4	フリガナ		男	昭・平・令	年	月	日	☐ 社保加入 ☐ 後期高齢者加入 ☐ その他 ☐ 死亡 ☐ 国保(市町村)加入											
	女		個人番号※																
5	フリガナ		男	昭・平・令	年	月	日	☐ 社保加入 ☐ 後期高齢者加入 ☐ その他 ☐ 死亡 ☐ 国保(市町村)加入											
	女		個人番号※																

※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 年 月 日

支部代表者署名

第1種組合員署名

支部名		診療所名	
支部代表者署名	⑩	組合員氏名	⑩

<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。