

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	大正・昭和 年 月 日
住所	〒		
	電話番号		
被保険者証 記号番号	茨歯	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(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。

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

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