

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	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	先生のお名前	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	茨歯 ○○○○○○○○○○○○	医療機関名	○○歯科医院
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。
	<input checked="" type="radio"/> ① 本人(組合員)が75歳に達した。
	<input type="radio"/> ② 家族(配偶者等)が75歳に達した。
	<input type="radio"/> 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。
<input type="radio"/> 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