

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	<input type="checkbox"/> 社保加入	<input type="checkbox"/> 後期高齢者加入	<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 国保(市町村)加入		
組合員氏名	資格喪失証明書の送付先			<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 特1 <input type="checkbox"/> 特2
	<input type="checkbox"/> 不必要	<input type="checkbox"/> 診療所	<input type="checkbox"/> 自宅	

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	
フリガナ -----	本人	男・女	昭・平・令	年	月	日	次に加える(または予定)の保険者名 ()
			個人番号※				
フリガナ -----		男・女	昭・平・令	年	月	日	<input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 後期高齢者加入 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 国保(市町村)加入
			個人番号※				
フリガナ -----		男・女	昭・平・令	年	月	日	<input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 後期高齢者加入 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 国保(市町村)加入
			個人番号※				
フリガナ -----		男・女	昭・平・令	年	月	日	<input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 後期高齢者加入 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 国保(市町村)加入
			個人番号※				
フリガナ -----		男・女	昭・平・令	年	月	日	<input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 後期高齢者加入 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 国保(市町村)加入
			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	
支部代表者署名	(印)

診療所名	
組合員氏名	

<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。