

(家族用)

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 令和〇〇年〇〇月〇〇日	喪失の事由 <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		特記事項 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 特1 <input type="checkbox"/> 特2
組合員氏名 組合員(世帯主)氏名	資格喪失証明書の送付先 <input checked="" type="checkbox"/> 不必要 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 自宅		
診療所所在地 〒	※喪失の事由が歯科医臨床研修による場合は、特1に 喪失の事由が結婚または離婚によるものである場合は、特2に 上記2つに当てはまらない場合は無しにチェックする		
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		
ご自宅の住所			

資格喪失する者の氏名	続柄	性別	生年月日	事由
フリガナ			年 月 日	※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
フリガナ 〇〇〇 〇〇〇〇	妻	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 checked="" type="checkbox"/> 国保(市町村)加入
ご家族様のお名前			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
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※	
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	
支部代表者署名	(印)

診療所名	〇〇〇歯科医院
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。