（第2種組合員用）

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	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	□ 無し □ 特 1 □ 特 2
組合員氏名	資格喪失証明書の送付先	
従業員氏名	☑ 不必要　□ 診療所　□ 自　宅	

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

※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

	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 ○○○ ○○○○ 従業員氏名	本人	男・女	昭・平・令 ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 個人番号※ ○ ○	次に加入する(または予定)の保険者名 (協会けんぽ) ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
2	フリガナ		男・女	昭・平・令　年　月　日 個人番号※	□社保加入 □後期高齢者加入 □その他 □死　亡 □国保(市町村)加入
3	フリガナ		男・女	昭・平・令　年　月　日 個人番号※	□社保加入 □後期高齢者加入 □その他 □死　亡 □国保(市町村)加入
4	フリガナ		男・女	昭・平・令　年　月　日 個人番号※	□社保加入 □後期高齢者加入 □その他 □死　亡 □国保(市町村)加入
5	フリガナ		男・女	昭・平・令　年　月　日 個人番号※	□社保加入 □後期高齢者加入 □その他 □死　亡 □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

支　部　名	
支部代表者署名	㊞

第1種組合員署名

診療所名	○○○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は、組合業務の目的以外に使用することはありません。