

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「継続」届出書

届出組合員 氏名	(ふりがな)	性 別	男 女
		生年月日	昭和 年 月 日
住 所	〒		
	電 話 番 号		
被 保 険 者 記 号 番 号	茨 歯	医 療 機 関 名	

上記のとおり組合員資格を継続したいので届け出ます。

年 月 日

届出組合員氏名 _____ 印

茨城県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

国保組合からの連絡事項

1. 75歳の誕生日に達したら、資格確認書は国保組合に返却してください。
2. 組合員資格を継続した場合、月額2,000円の保険料を納付していただきます。
3. 組合員資格を継続することで、次の保健事業が利用できます。
 - ① 健康管理費の受給
4. 組合員資格を継続する必要がなくなった場合は「組合員資格喪失届出書」を提出してください。
 組合員資格継続は、例外的な取り扱いですので、家族が75歳に達したなどで継続理由が消滅した場合は、組合から「資格喪失届出書」をお送りいたしますから、ご記入のうえ提出をお願いいたします。

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