

(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 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 checked="" 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 従業員氏名	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	※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	
資格喪失する者の現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇 - 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 〇〇〇 〇〇〇〇 従業員氏名	本人	男・女	昭・平・令	年	月	日	次に入会する(または予定)の保険者名 (協会けんぽ)
			個人番号※			〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
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※				

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。
※資格確認書を必ず添付してください。(資格情報のお知らせは添付しないこと)

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。