

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「喪失」届出書

届出組合員 氏名	(ふりがな)	性 別	男 女
		生 年 月 日	大正・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	
資 格 喪 失 年 月 日	年 月 日		

資 格 喪 失 の 理 由	該当する番号を○で囲んでください。
	① 本人(組合員)が75歳に達した。
	② 家族(配偶者等)が75歳に達した。
	③ 死 亡(令和 年 月 日) ※届出組合員が死亡した場合は、ご遺族の方が提出してください。
	④ その他( )

上記のとおり組合員資格を喪失したいので届け出ます。

令和 年 月 日

届出組合員氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(届出組合員が死亡の場合はご遺族の方の氏名・印)

茨城県歯科医師国民健康保険組合理事長 様