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)　○○○○　○○○○ 先生のお名前	性　　別	男　女
		生 年 月 日	大正・昭和○○年○○月○○日
住　　所	〒　○○○　－　○○○○ 診療所またはご自宅の住所を記入してください 電 話 番 号　○○○-○○○-○○○○		
被保険者 記号番号	茨歯 ○○○○○○○○○○○○	医療機関名	○○歯科医院
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(　　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。

○○年 ○○月○○日

届出組合員氏名　　○○　○○
(届出組合員が死亡の場合はご遺族の方の氏名)

茨城県歯科医師国民健康保険組合理事長　様

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