

甲喪

理事長	常務理事	事務長	課長	係

被保険者 記号番号										0	0	0
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

「添付書類」

被 保 険 者 資 格 喪 失 届 (甲種家族用) 【HP/R6.12】

フリガナ		組合員 の 続 柄	性別	生 年 月 日	資格喪失の理由
氏 名					
個 人 番 号					
1			1 男	3 昭和 4 平成 5 令和	41. 転出 42. 健保加入
			2 女	年 月 日	
2			1 男	3 昭和 4 平成 5 令和	44. 死亡 (令和 年 月 日死亡)
			2 女	年 月 日	
3			1 男	3 昭和 4 平成 5 令和	51. 後期高齢者 医療広域連合加入
			2 女	年 月 日	
4			1 男	3 昭和 4 平成 5 令和	
			2 女	年 月 日	

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日 (希望する脱退日)

〒 -

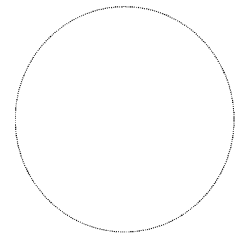
甲種組合員 住所 _____

氏名 _____ 印

福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

確認欄	届出書

処 理 欄	入 力	資格喪失年月日
		・ ・
	台 帳	保険料徴収停止年月
		・
		回収年月日 (被保険者証・資格確認書)
		・ ・



・被保険者証・資格確認書
・健保・共済組合等に既に加入済みである場合は本組合の資格を調整する場合がありますので、その被保険者証もしくは資格確認書のコピーを添付してください。