

# 乙脱

理事長	常務理事	事務長	課長	係

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

## 組合脱届 (乙種組合員用) 【HP/R6.12】

〒    -

組合員  
住所

フリガナ 氏名 個人番号	組合員 と 続柄	性別	生年月日	脱退の理由
1 印	本人	1男 2女	3昭和 4平成 年 月 日	41. 転出 (退職) 42. 健保加入
2		1男 2女	3昭和 4平成 5令和 年 月 日	44. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 49. その他
3		1男 2女	3昭和 4平成 5令和 年 月 日	51. 後期高齢者 医療広域連合加入
4		1男 2女	3昭和 4平成 5令和 年 月 日	
5		1男 2女	3昭和 4平成 5令和 年 月 日	

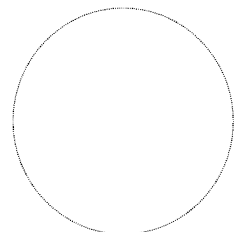
福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日 (退職日または希望する脱退日)

甲種組合員 証明欄	上記の者は本歯科医院の勤務者であることを証明いたします。
	甲種組合員記号番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 0 0 0 甲種組合員氏名 _____ 印

確認欄	届出書

処理欄	入力	資格喪失年月日 .
		保険料徴収停止年月 .
	台帳	.
		回収年月日 (被保険者証・資格確認書) .



※資格喪失証明書については、本人用と事業所保管用を事業所宛に送付します。

・被保険者証(世帯全員分)  
・資格確認書

既に社会保険等に加入済の場合は、その前日まで本組合の資格を遡りますので、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。

「添付書類」