

乙喪

青文字の部分をご記入、捺印ください。
A4サイズの用紙で印刷してください。

添付書類

乙種組合員の記号番号をご記入ください。

被保険者記号番号 999999001

被保険者資格喪失届 (乙種家族用) 【HP/R6.12】

フリガナ

氏名

個人番号

コクホクマイ ネネ

1 国保組合 ねね

母

1男

2女

3昭和 4平成 5令和

30年 5月 27日

資格喪失の理由

41. 転出

42. 健保加入

44. 死亡

資格喪失する方の氏名・続柄・性別・生年月日・個人番号・喪失の理由をご記入ください。

希望する脱退日を記入の上、
希望する日から14日以内に本組合に書類を提出してください。
14日を超えて申請があった場合は、
遅延理由書等の提出を求める場合があります。
死亡の場合は、死亡した日が脱退日となります。

上記のとおり届けます。

令和6年 12月 31日 (希望する脱退日)

〒 810 - ××××

乙種組合員 住所 XXX市XXX丁目○番地

氏名 国保組合 なな



福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

上記の者は本歯科医師の勤務者の家族であることを証明いたします。

勤務先の院長先生の記号番号・氏名を記入の上、捺印ください。

組合員記号番号 99・9999 000

組合員氏名 歯科医師 太郎



※添付書類

- 被保険者証・高齢受給者証などその他の証・資格確認書
- 健康保険、共済組合などに既に参加している場合は、その被保険者証もしくは資格確認書のコピー