

乙脱

青文字の部分をご記入、捺印ください。
A4サイズ用の紙で印刷してください。

被保険者証記号番号を
ご記入ください。

被保険者
記号番号

9 9 9 9 9 9 0 0 1

組合脱退届 (乙種組合員用) 【HP/R6.12】

〒 8 1 0 - × × × ×

該当する理由を○で囲んでください。

組合員住所 **×××市×××丁目×番地**

※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。

フリガナ	氏名	組合員と続柄	性別	生年月日	脱退の理由
コクホクミアイ ナナ	国保組合 なな	本人	1男	3昭和 4平成 59年 1月 1日	41. 転出(退職) 42. 健保加入
コクホクミアイ モモ	国保組合 もも	子	1男	3昭和 4平成 5令和 23年 2月 7日	44. 死亡(令和 年 月 日死亡) 49. その他

脱退する方(家族がいる場合は家族の方も)の氏名・続柄・性別・生年月日・個人番号・脱退の理由を記入の上、捺印ください。

希望する日を記入し、その日から14日以内に申請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、離職票の写しや遅延理由書等の提出を求める場合があります。
健康保険、共済組合等に既に参加している場合はその加入日の前日、75歳になった日、死亡の場合は死亡した日が脱退日となります。

福岡県歯科医師会 理事長 殿

令和 6 年 12 月 31 日 (退職日または希望する脱退日)

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。

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。

記号番号 9 9 ・ 9 9 9 9 0 0 0

氏名 歯科医師 太郎

医師料

※添付書類

- 被保険者証・高齢受給者証などその他の証(世帯全員分)・資格確認書
- 健康保険、共済組合等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

【留意事項】

脱退手続き完了後に発行いたします「資格喪失証明書」は事業所宛に送付させていただきます。送付先を指定されたい場合は、脱退届をご提出される際に送付先住所が記載された返信用封筒を添付ください。

確認書のコピーを添付してください。