乙脱

理事長	専務理事	事務長	課長	係

被保険者記号番号			

組　合　脱　退　届　（乙種組合員用）【HP/R7.7】

〒□□□－□□□□

組合員住所

	フリガナ 氏名 個人番号	組合員との続柄	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 44. 死亡（令和 年 月 日死亡） 49. その他 51. 後期高齢者医療広域連合加入
2			1男 2女	3昭和 4平成 5令和 年 月 日	
3			1男 2女	3昭和 4平成 5令和 年 月 日	
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 □□・□□□□ 0 0 0 甲種組合員氏名　　印

「添付書類」・資格確認書（該当者分）
・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。
※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。

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	・
		資格確認書引上年月日
		・　・