

乙脱

青文字の部分をご記入、捺印ください。
A4サイズの内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/R7.7】

〒 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**

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
ナナ	国保組合 なな		本人	1男 2女	3昭和 4平成 59年 1月 1日	41. 転出 (退職) 42. 健保加入
モモ	国保組合 もも		子	1男 2女	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

- ・ 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、その取得日がわかる書類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

※資格喪失証明書については、本人用と事業所宛用を事業所宛こ送付します。

取得日がわかる書類を添付してください。