

乙喪

理事長	専務理事	事務長	課長	係

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

「添付書類」

取得日のわかる書類もしくは既に加入済みである場合は本組合の資格を調整する場合がありますので、
 ・資格確認書
 ・健保・共済組合等に既に入力済みの資格確認書のコピーを添付してください。

被保険者資格喪失届（乙種家族用）【HP/R7.7】

フリガナ		組合員 の 続 柄	性別	生 年 月 日	資格喪失の理由
氏 名					
個人番号					
1			1 男	3 昭和 4 平成 5 令和	41. 転出 42. 健保加入
			2 女	年 月 日	
2			1 男	3 昭和 4 平成 5 令和	44. 死亡 (令和 年 月 日死亡) 49. その他
			2 女	年 月 日	
3			1 男	3 昭和 4 平成 5 令和	51. 後期高齢者 医療広域連合加入
			2 女	年 月 日	
4			1 男	3 昭和 4 平成 5 令和	
			2 女	年 月 日	

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日（希望する脱退日）

〒 -

乙種組合員 住所 _____

氏名 _____

印

福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

甲種組合員 証 明 欄	上記の者は本歯科医院の勤務者の家族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"/> 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
		・ .
	台 帳	保険料徴収停止年月
		・ .
		資格確認書引上年月日
		・ .

