

# 甲喪

理事長	専務理事	事務長	課長	係

被保険者 記号番号										0	0	0
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

「添付書類」

取得日のわかる書類もしくは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 (甲種家族用) 【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)

〒    -

甲種組合員 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

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
		・ ・

