

甲喪

青文字の部分をご記入、捺印ください。
A4サイズの用紙で印刷してください。

添付書類

甲種組合員の記号番号をご記入ください。

被保険者記号番号 999999000

被保険者資格喪失届 (甲種家族用) 【HP/R7.7】

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。
・資格確認書
・健康保険、共済組合等に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。

フリガナ	氏名	資格喪失の理由
		該当する理由を○で囲んでください。
個人番号		

1	シカシ トメ 歯科医師 トメ	母	1男 2女	3昭和 4平成 5令和 25年6月14日	41. 転出 42. 健保加入 44. 死亡 51. 後期高齢者医療広域連合加入
---	-------------------	---	----------	-------------------------	---

資格喪失する方の氏名・続柄・性別・生年月日・個人番号・喪失の理由をご記入ください。

希望する脱退日を記入の上、
希望する日から14日以内に本組合に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、
遅延理由書等の提出を求める場合があります。
死亡の場合は、死亡した日が脱退日となります。

上記のとおり届出します。
令和6年12月31日 (希望する脱退日)

〒 810 - ××××

甲種組合員 住所 ×××市×××○丁目○番地

氏名 歯科医師 太郎



福岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

確	届出書	入力	資格喪失年月日
---	-----	----	---------

※添付書類

- ・高齢受給者証などその他の証・資格確認書
- ・健康保険、共済組合などに既に加入している場合は、その取得日がわかる書類もしくは資格確認書のコピー