

(第3種)  
資格喪失届

被保険者証番号	喪失区分		全部 ・ 家族喪失		
	資格喪失年月日		令和 年 月 日 上記喪失日以降、無効		
	(退職日)		令和 年 月 日)		
氏 名		続柄	性別	生年月日	
(フリガナ)			男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
(フリガナ)				昭和 平成 令和	年 月 日
(フリガナ)				昭和 平成 令和	年 月 日
(フリガナ)				昭和 平成 令和	年 月 日
喪失事由 <input type="checkbox"/> 2. 社保加入 <input type="checkbox"/> 3. 死亡 <input type="checkbox"/> 4. 退職 <input type="checkbox"/> 5. その他 _____	資格喪失証明書 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	本組合喪失後の健康保険について必ずご記入ください。 _____月 日加入 (予定) <input type="checkbox"/> _____市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度 <input type="checkbox"/> その他			
上記のとおり被保険者証 (お持ちの場合は限度額適用認定証、高齢受給者証) を添えて届けます。					
令和 年 月 日					
第1種組合員	診療所住所	〒 _____			
	診療所名	_____			
	氏名	_____ (印)			
第3種組合員 (本人)	自宅住所	〒 _____			
		_____ (TEL - - )			
	氏名	_____			
奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿					

交付・訂正日	異動 整理簿	保険料	データ入力日	異動 処理月	適用除外
				月	0. 非該当 1. 該当

事務長	次長	係員