**国民健康保険被保険者資格喪失届**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 第　1　種　組　合　員  ( 道　歯　会　員 ) | 第　２　種　組　合　員  (勤務歯科医師・その他の従業員) |
|  |
|  | 包括(全員)喪失・一部喪失 | 喪失・一部喪失 |
|  | (いずれかに○印をつけて下さい) | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号・番号 | | 道歯　　　　－　　　　－ | | **資格喪失年月日**  **(退職等の翌日を記入して下さい)** | **令和　　　　年　　　　月　　　　日** | |
| 資 格 喪 失 者 の 氏 名 | | | 組合員との  続　柄 | 資格喪失の理由  (次に加入の保険) | 備　　　　　　　　考 | |
| 1 |  | |  | (○印をつけて  　　　　　下さい)  社　保　加　入  国　保　加　入  生　保　開　始  死　　　　　　亡  移　　　　　　行  そ　　の　　他   1. 道歯退会 2. 道外転出   ハ．その他 |  | |
| 2 |  | |  |
| 3 |  | |  |
| (○印をつけて下さい) | |
| 4 |  | |  | 離脱証明書 | 送付先指定 |
| 必　　要  不　　要 | 診 療 所  自 　 宅  その他(備考に記載) |
| 5 |  | |  |

※第１種組合員の方が喪失される時は、喪失後の連絡先の住所を記載して下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※　(道歯会員必ず記入)  第　１　種　組　合　員 | 診 療 所  住 所  診療所名 | 〒　　　　－  電話番号　　　　　－　　　　　－  F A X　　　　　－　　　　　－ |
| 自宅住所  (連絡先) | 〒　　　　－  電話番号　　　　　－　　　　　－  F A X　　　　　－　　　　　－ |
| 氏　　　名  **（自　署）** |  |
| (従業員)  第２種組合員 | 自宅住所 | 〒　　　　－  電話番号　　　　　－　　　　　－ |
| 氏　　　名  **（自　署）** |  |

**上記のとおり被保険者証を添えて届出ます。**　　　令和　　　　　年　　　　　月　　　　日　　(提出日)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　北海道歯科医師国民健康保険組合理事長　　様

　　（**註）　１．裏面の記入例 ・ 注意事項を確認し太枠内は全てご記入下さい。**

**2．届出はFAX（ 0 1 1 – 2 3 1 – 1 4 8 1 ）でも受付致します。**

**尚、被保険者証は早急返却願います。**

**3．保険証を返却出来ない場合は組合へ連絡願います。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証返納 ・ 訂正 | | 被 保 険 者 台 帳 入 力 | |
| 年　　　月　　　　日 |  | 年　　　月　　　　日 |  |