

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 (次に加算の保険)	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 イ. 道歯退会 ロ. 道外転出 ハ. その他	(○印をつけて下さい)			
2						
3			離脱証明書	送付先指定		
4			必 要	診 療 所		
5			不 要	自 宅 その他(備考に記載)		

※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。

※ 第1種 組合員 (道歯 会員 必ず 記入)	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)					
第2種 組合員 (従業 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(011-231-1481)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	