

組合記入欄	資格喪失日	常務理事	事務局
	平成 年 月 日		

被保険者包括資格喪失届 (第1種組合員とその家族)

被保険者証記号番号		み歯				A						
被 保 険 者	氏 名				続柄	生年月日						
	(フリガナ)					昭和	年	月	日			
						平成						
	(フリガナ)					昭和	年	月	日			
						平成						
(フリガナ)					昭和	年	月	日				
					平成							
(フリガナ)					昭和	年	月	日				
					平成							
喪失証明書		送付先		-		被保険者証回収日						
必要・不必要						平成	年	月	日			
理由発生年月日		平成 年 月 日										
資格喪失の理由		閉院 ・ その他 ()										
今後加入する保険の種類		市町村国保・社保(協会けんぽ・共済・健保組合等) ・ その他 ()										
平成 年 月 日												
上記のとおり被保険者証を添えて届けます。												
自宅住所 〒 -												
第1種組合員						TEL - -						
氏 名											印	
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿												

・従業員については「被保険者資格喪失届」を別に提出してください。

【添付書類】 必ず添付してください。

- ・全員の被保険者証
- ・資格喪失手続き前に社保に加入した場合は、社保被保険者証(写)

< F A Xでの提出はできません >