

組合記入欄	資格喪失日	常務理事	事務局
	平成 年 月 日		

被保険者資格喪失届

被保険者証記号番号	み歯											A						退職等 年月日				平成 年 月 日	
	氏 名		組 合 員 種 別										資 格 喪 失 の 理 由										
1	(フリガナ)		第(2・3)種組合員 第(1・2・3・4)種組合員の家族										退 職 市町村国保加入 社保加入 広域連合加入 死 亡 その他										
2	(フリガナ)		第(1・2・3・4)種組合員の家族										退 職 市町村国保加入 社保加入 広域連合加入 死 亡 その他										
3	(フリガナ)		第(1・2・3・4)種組合員の家族										退 職 市町村国保加入 社保加入 広域連合加入 死 亡 その他										
4	(フリガナ)		第(1・2・3・4)種組合員の家族										退 職 市町村国保加入 社保加入 広域連合加入 死 亡 その他										
5	(フリガナ)		第(1・2・3・4)種組合員の家族										退 職 市町村国保加入 社保加入 広域連合加入 死 亡 その他										
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									
平成 年 月 日																							
上記のとおり被保険者証を添えて届けます。																							
診療所所在地 〒 _____																							
TEL _____																							
診 療 所 名 _____																							
雇 用 主 氏 名 _____ (印)																							
宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿																							

・組合員単位で届け出てください。

【添付書類】 必ず添付してください。

- ・ 該当者の被保険者証
- ・ 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 ＞