

組合記入欄	資格喪失日	常務理事	事務局
	令和 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)

① 被保険者証記号番号	み歯				A						
② 氏 名						③ 続柄	④ 個 人 番 号				
被 保 険 者	(フリガナ)					本人					
	(フリガナ)										
	(フリガナ)										
	(フリガナ)										
	(フリガナ)										
⑤ 喪失証明書	送 付 先					⑥ 被保険者証回収日					
必要・不必要						令和 年 月 日					
⑦ 理由発生年月日	令和 年 月 日										
⑧ 資格喪失の理由	閉院・その他 ()										
⑨ 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 ()										

上記のとおり被保険者証を添えて届け出いたします。

宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

届出年月日	令和 年 月 日
自宅住所	〒 - TEL - -
氏 名	

・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会保険等に加入した(する)場合は、社保被保険者証(写)

●個人番号は、必ず記入してください

●FAXでの提出はできません