

組合記入欄	資格喪失日	常務理事	事務局
	令和 年 月 日		

被保険者資格喪失届

① 被保険者証 記号番号	み歯									A			② 退職等 年月日	令和	年	月	日		
③ 資格喪失者										④ 組合員種別			⑤ 資格喪失の理由						
1	氏名	(フリガナ)										第(2・3)種組合員			退職・市町村国保加入 社保加入・広域連合加入				
	個人番号											第(1・2・3・4)種組合員の家族			死亡・その他				
2	氏名	(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				
	個人番号														死亡・その他				
3	氏名	(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				
	個人番号														死亡・その他				
4	氏名	(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				
	個人番号														死亡・その他				
5	氏名	(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				
	個人番号														死亡・その他				
⑥ 喪失証明書		送付先										⑦ 被保険者証回収日							
必要・不必要												令和 年 月 日							

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
診療所名	
所在地	TEL - -
雇用主氏名	

・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