

組合記入欄	資格喪失日	令和 年 月 日	常務理事	事務局
	被保険者証等回収日	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 番 号	み 歯		A							
② 氏 名					③ 個人番号 (マイナンバー)				④ 続柄	
被 保 険 者	(フリガナ)									本人
	(フリガナ)									
	(フリガナ)									
	(フリガナ)									
⑤ 喪失証明書 <small>いずれかを○で囲んでください</small>		〒 -								
必要・不必要		送付先								
⑥ 理 由 発 生 年 月 日		令和 年 月 日								
⑦ 資 格 喪 失 の 理 由		閉院・その他 ()								
⑧ 今 後 加 入 す る 保 険 の 種 類		市町村国保・社保(協会けんぽ・共済組合・健保組合等)・その他 ()								

上記のとおり被保険者証又は資格確認書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。

・全員の被保険者証又は資格確認書

● 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