

常務理事	事務長	課長	係

処 理 欄					
本人確認	個人番号	台帳	名簿	連絡表	保険証
	台帳		チェック	ファイル	
	身元	帳			

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合被保険者資格喪失届 (従業員)

被保険者証 記号番号 ※(記入不要)	鹿歯従	資格喪失年月日 ※(記入不要)	平成 年 月 日
--------------------------	-----	--------------------	----------

被 保 険 者 名	世帯主 (従業員) との続柄	性別	生年月日	資格喪失理由 (いずれかに○)
1	本人		昭平 . .	1. 転 出 2. 社会保険加入 3. 市町村国保加入 4. 死 亡 (年 月 日) 5. 不 明
個人番号				
2			昭平 . .	
個人番号				
3			昭平 . .	
個人番号				
4			昭平 . .	
個人番号				
5			昭平 . .	
個人番号				

資格喪失後	社保加入(勤務先)	加入予定日	平成 年 月 日
	市町村国保加入	市・町・村 加入予定日	平成 年 月 日
	その他(国保組合)	加入予定日	平成 年 月 日

(〒 -)
従業員住所
氏名

※退職年月日 平成 年 月 日 (自宅 電話番号 - -)

記載内容に相違ありません。上記のとおり届けます。
平成 年 月 日
甲種組合員 氏名 (印)
鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

【委任欄】私は下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。平成 年 月 日

受任者 住所 (代理人) 氏名 (印)	委任者 住所 (甲種組合員) 氏名 (印)
------------------------	--------------------------

※事業主本人以外の方が代理で届け出る際は委任欄に記入をしてください。
※退職年月日に記入された日の翌日より資格喪失となります。
 喪失証明書必要時 送付先 (〒 - 様宛)

※被保険者証を必ず同封して下さい。
この届出に基づき、保険料の調整を致します。必ずご提出下さい。