

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	
	台帳			
	身元	帳	チェック	ファイル
	帳			

※被保険者証を必ず同封して下さい。

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合脱退届 (歯科医師)

被保険者証 記号番号 ※(記入不要)	鹿児島	資格喪失年月日 ※(記入不要)	令和 年 月 日
--------------------------	-----	--------------------	----------

被 保 険 者 名	組 合 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		大昭平 . .	1. 社会保険加入 2. 市町村国保加入 3. 死 亡 (年 月 日) 4. そ の 他
個人番号				
2			昭平令 . .	
個人番号				
3			昭平令 . .	
個人番号				
4			昭平令 . .	
個人番号				
5			昭平令 . .	
個人番号				

県 歯 会 脱 退 年 月 日	令和 年 月 日
-----------------	----------

転 出	転 出 先	転 出 年月日	令和 年 月 日
社 保 国 保 加 入	保 険 者 名	転 出 年月日	令和 年 月 日

上記のとおり (被保険者証を添えて) 届けます。
 令和 年 月 日
 (〒 -)
 世帯主住所
 (甲種組合員)
 氏 名 (印)
 (自宅電話番号 - -)
 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。 令和 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。

喪失証明書必要時 送付先 (〒 -)

様 宛)