

国保シ→ MNS	MNS→ 中間S	中間S→ MNS	MNS→ 国保シ	利用登録 状況照会	交付
				-	-

常務理事	事務長	課長	係

処 理 欄					
本人 確認	個人番号	台 帳	台帳	国保システム	担当者 印
	身元		月次チェック	回収	
			確	無	

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合脱退届（歯科医師会会員）

被 保 険 者 記 号 番 号 (記入不要)	鹿 歯	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	返却する資格 確認書の有無 (いずれかに✓)	組合使用欄 記入不要
1	本 人		昭 平 令 .	<input type="checkbox"/> 返却あり <input type="checkbox"/> マイナ保険証 利用の為なし	<input type="checkbox"/> 発行歴 <input type="checkbox"/> 確 <input type="checkbox"/> 通
個人番号					
2			昭 平 令 .	<input type="checkbox"/> 返却あり <input type="checkbox"/> マイナ保険証 利用の為なし	<input type="checkbox"/> 発行歴 <input type="checkbox"/> 確 <input type="checkbox"/> 通
個人番号					
3			昭 平 令 .	<input type="checkbox"/> 返却あり <input type="checkbox"/> マイナ保険証 利用の為なし	<input type="checkbox"/> 発行歴 <input type="checkbox"/> 確 <input type="checkbox"/> 通
個人番号					
4			昭 平 令 .	<input type="checkbox"/> 返却あり <input type="checkbox"/> マイナ保険証 利用の為なし	<input type="checkbox"/> 発行歴 <input type="checkbox"/> 確 <input type="checkbox"/> 通
個人番号					
5			昭 平 令 .	<input type="checkbox"/> 返却あり <input type="checkbox"/> マイナ保険証 利用の為なし	<input type="checkbox"/> 発行歴 <input type="checkbox"/> 確 <input type="checkbox"/> 通
個人番号					

資格喪失理由 ※必須	1. 県歯会退会 2. 社会保険加入 3. 死亡 4. その他(<small>具体的に</small>)	資格喪失理由 該 当 年 月 日 (退会日等) ※必須	県歯会退会日、社保加入日、死亡日等を記入 令 和 年 月 日
---------------	---	-----------------------------------	-----------------------------------

資格喪失後に加入する健康保険	1. 社会保険 2. 市町村国保 3. 国保組合 4. その他() 5. 不明 (保険者名 <small>例：全国健康保険協会鹿児島支部、鹿児島市国保 など</small>)
----------------	--

記載内容に相違ありません。上記のとおり届け出ます。また、本届出を代理の者が行う時は、下記受任欄記載の者に委任します。

令 和 年 月 日

(〒 -)

甲種組合員 住所
後期高齢者組合員 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

組合員本人以外の方が代理で届け出る際は下記の受任欄に記入をしてください。代理人が窓口で届け出る場合、身元確認書類の提示を求められることがあります。

【受任欄】私は上記の組合員から本届出について委任を受けました。 令 和 年 月 日
代理人 住所 代理人 氏名 (印)

喪失証明書必要時 送付先 (〒 - 様宛)

資格確認書をお持ちの方は必ず同封してください。(資格情報通知書は返却不要)

この届出に基づき保険料の調整をします。事由発生から14日以内に必ずご提出ください。

県歯科医師会退会の場合、退会日の翌日から資格喪失となります。

資格喪失後に加入する健康保険は分かる範囲で記入してください。加入手続きで喪失証明書が必要な方は「喪失証明書必要時」欄に✓を記入してください。

	<p style="text-align: center;">マイナ保険証</p> 	<p style="text-align: center;">資格情報通知書 (資格情報のお知らせ)</p> 	<p style="text-align: center;">資格確認書</p> 
<p>形状</p>	<p>マイナンバーカード</p>	<p>紙・A4サイズ</p>	<p>紙・はがき型</p>
<p>交付対象</p>	<p>お住まいの市町村へ ご確認ください</p>	<p>マイナ保険証利用登録を している方</p>	<p>マイナ保険証利用登録を していない方</p>
<p>資格喪失時の返却</p>	<p>返却不要</p>	<p>返却不要</p>	<p>要返却</p>
<p>有効期限</p>	<p>マイナンバーカード・電子証明書の有効期限に準じます</p>	<p>資格喪失まで有効期限がないため大切に保管してください</p>	<p>最大2年間</p>
<p>備考</p>		<p>本書類はマイナ保険証保有者が自身の被保険者資格等を簡易に確認できるよう交付するものであり、本書類単体で医療機関を受診することはできません。</p> <p>※オンライン資格確認を利用できない医療機関では、マイナ保険証と本書類を一緒に提示することで、保険診療を受けることができます。</p>	<p>マイナ保険証利用登録をしている方には特段の事情がない限り交付できません。</p>