

常務理事	事務長	課長	係

処 理 欄			
台 帳	名簿	連絡表	保 險 証
	チェック	ファイル	

※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)	鹿歯		資格喪失年月日 ※(記入不要)	平成 年 月 日		
被 保 険 者 名	組 合 員 続 と の 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. 転 出		
2			大昭平 . .	2. 社会保険加入		
3			大昭平 . .	3. 市町村国保加入		
4			大昭平 . .	4. 死 亡 (年 月 日)		
5			大昭平 . .	5. そ の 他		
6			大昭平 . .	5. そ の 他		
県 歯 会 脱 退 年 月 日			平成 年 月 日			
転 出	転 出 先		転 出 年月日	平成 年 月 日		
社 保 国 保 加 入	保 険 者 名		転 出 年月日	平成 年 月 日		
上記のとおり (被保険者証を添えて) 届けます。						
平成 年 月 日						
(〒 -)						
世帯主住所 (組合員)						
氏 名						
(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						

※資格喪失後欄はわかる範囲でお書き下さい。