

常務理事	事務長	課長	係

処 理 欄			
台 帳	名簿	連絡表	保 険 証
	チェック	ファイル	

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	世帯主との (従業員)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.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
2			大昭平 . .	
3			大昭平 . .	
4			大昭平 . .	
5			大昭平 . .	
6			大昭平 . .	
7			大昭平 . .	

資格喪失後	社会保険加入 (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

上記のとおり届けます。
平成 年 月 日 (〒 -)
住 所
従業員
氏 名

退職年月日	平成 年 月 日	(自宅 電話番号 - -)
-------	----------	-------------------

上記の者は本歯科医院の従業員であったことを証明する。
組合員(歯科医師)氏名 ⑩
鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※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。
※資格喪失後欄はわかる範囲でお書き下さい。