

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	

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 (家族)						
被保険者証 記号番号 ※(記入不要)		鹿歯・鹿歯従		資格喪失年月日 ※(記入不要)		平成 年 月 日
被保険者でなくなる者の氏名		組合員 続柄	性別	生年月日	資格喪失理由 (いずれかに○)	
1				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.そ の 他	
2				大昭平 . .		
3				大昭平 . .		
4				大昭平 . .		
5				大昭平 . .		
6				大昭平 . .		
7				大昭平 . .		
社保加入	保 険 名			加 入 年月日	平成 年 月 日	
国保加入	保 険 名			加 入 年月日	平成 年 月 日	
<p>上記のとおり届けます。 平成 年 月 日 (〒 -) 世帯主住所 (組合員) 氏 名 (印) (自宅電話番号 - -)</p>						
<p>従業員の家族が喪失する時の事業主の証明欄 組合員 (歯科医師) 氏名 (印) 鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>						

※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。