

常務理事	事務次長	課長	係

国民健康保険被保険者資格喪失届

組合員の 記号・番号		組合員氏名	
		資格喪失年月日	平成 年 月 日
氏名	続柄	生年月日	資格喪失理由 (事由日付)
		昭・平 年 月 日	1・2・3・4・5 (平成 年 月 日)
		昭・平 年 月 日	1・2・3・4・5 (平成 年 月 日)
		昭・平 年 月 日	1・2・3・4・5 (平成 年 月 日)
		昭・平 年 月 日	1・2・3・4・5 (平成 年 月 日)
		昭・平 年 月 日	1・2・3・4・5 (平成 年 月 日)
		昭・平 年 月 日	1・2・3・4・5 (平成 年 月 日)
現住所 (自宅)	〒 -		
資格喪失 証明書	1. 要 送付先：被保険者証住所・その他 () 2. 不要 *「1. 要」に○印のない場合は発行いたしません。		
備考			
上記のとおり被保険者証を添えてお届けします。			
平成 年 月 日			
医師組合員氏名 (事業主名) _____ (印)			
従業員組合員氏名 _____ (印)			
大分県医師国民健康保険組合理事長 殿			

太枠内のみ記入してください

- 被保険者証を必ず添付してください。(添付できない場合は被保険者証紛失届を添付してください)。
- すでに社保等次保険の被保険者証の交付を受けている場合は、次保険の被保険者証コピーを添付してください。

異動事由が発生した日より、14日以内に届出をご提出ください。
14日を過ぎて提出された場合は当組合に届いた日をもって喪失年月日となります。

組合使用欄		
電算	被保険者証	異動整理簿