

甲乙兼用

大阪府歯科医師国民健康保険組合
被保険者資格喪失届

決 裁	常務理事	事務長	課 長

◎太線の中のみ黒のボールペンで記入してください。

被保険者証記号番号			
歯 国	支 部	主 番 号	枝 番 号

◎一人（一世帯）一枚ご記入ください。但し家族は連記して下さい。

	資格喪失する者の氏名 (漢字で記入して下さい)	続柄	生年月日			資格喪失日				事 由	遡及
			年	月	日	年	月	日	時		
フリ ガナ										1 転 出 2 社保加入 3 死 亡 4 後期高齢者加入 5 そ の 他	
1		昭 平 令				H R					
フリ ガナ										1 転 出 2 社保加入 3 死 亡 4 後期高齢者加入 5 そ の 他	
2		昭 平 令				H R					
フリ ガナ										1 転 出 2 社保加入 3 死 亡 4 後期高齢者加入 5 そ の 他	
3		昭 平 令				H R					
フリ ガナ										1 転 出 2 社保加入 3 死 亡 4 後期高齢者加入 5 そ の 他	
4		昭 平 令				H R					
フリ ガナ										1 転 出 2 社保加入 3 死 亡 4 後期高齢者加入 5 そ の 他	
5		昭 平 令				H R					

上記の通り被保険者証を添付の上お届けします。

令和 年 月 日

診 療 所 住 所	〒
電 話 番 号	()
甲種組合員 氏 名	Ⓜ

当組合を喪失後加入する医療 保険が明らかな場合は、下記 にご記入いただくか被保険者 証(コピー)を添付して下さい。		資格喪失証明 書の要・不要 について○を お付け下さい。
保 険 の 種 類	国保・社保 共済・その他	喪失証明書 ・要 ・不要
保 険 者 名		
記 号 番 号		

大阪府歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※資格喪失証明書が必要な場合は、
返信用封筒に送付先をご記入の上
同封して下さい。

処 理 欄	受 付	月 日	被保険者証返納	受 領 印
	係			