

決 裁	理 事 長	副理事長	常務理事	事 務 長	係

① 被 保 険 者 資 格 喪 失 届					
被保険者証 記号番号	和 302	※ 資格喪失年月日 (社保加入の場合は加入日の翌日です) (不明の時は空欄のままで結構です)	令和 年 月 日		
氏 名		続 柄	喪 失 事 由		
マイナンバー			<input type="radio"/> 社会保険加入(社保加入日 年 月 日) <input type="radio"/> 死亡 (死亡日 年 月 日) <input type="radio"/> その他		
マイナンバー					
マイナンバー					
マイナンバー			※次の保険の加入手続きで必要になる書類です 資格喪失証明書 <input type="radio"/> 要 <input type="radio"/> 不要		
マイナンバー					
上記のとおり届けます。					
記入年月日 令和 年 月 日					
甲種組合員住所 〒 -					
甲種組合員氏名					
マイナンバー			<input type="checkbox"/>		
和歌山県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿					

※ 被保険者証を添付してください。

※ 社会保険に加入された方は、新しい被保険者証のコピー(加入日の分かるもの)を添付してください。

処	証回収	添付	登録 1	証明書	Cリスト	登録 2	紙台帳
理 欄							

