

従業員

決 裁	理事長	副理事長	常務理事	事務長	係

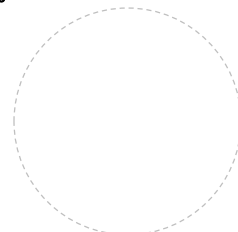
乙 被保険者資格喪失届

被保険者証 記号番号	和 302	※ 資格喪失年月日 <small>(退職の場合は退職日の翌日) (不明の時は空欄のまま結構です)</small>	令和 年 月 日
氏 名	続 柄	喪 失 事 由	
		<input type="radio"/> 退職 (退職日 年 月 日)	
		<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 ()	
		※次の保険の加入手続きが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 送付先 <input type="radio"/> 診療所 <input type="radio"/> 本人自宅	
乙種組合員(従業員)	上記の者の被保険者資格喪失事務を、下記の甲種組合員に一任いたします。 記入年月日 令和 年 月 日 住 所 〒 - 乙種組合員氏名		
甲種組合員記入欄	上記のとおり届けます。 記入年月日 令和 年 月 日 勤務先歯科医院 住 所 〒 - 雇用主である 甲種組合員氏名 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 理 欄	証回収	添付	登録1	証明書	Cリスト	登録2	紙台帳



マイナンバー記入票 ㊦被保険者資格喪失届の2

このマイナンバー記入票は乙種組合員が記入してください。
退職等で手続きが間に合わず記入できない場合は提出を省略できます。
用紙を二つ折りにして3辺をのり付けしてから、被保険者証と一緒に甲種組合員に提出してください。

様式第 6 号-2 2022.4.1

のり

↑ この線に、この用紙の底辺を合わせて折って下さい。

組合員のマイナンバー

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

今回資格喪失する組合員の家族の氏名とマイナンバーは下記にご記入ください。

	氏名	マイナンバー(個人番号)
家族		
家族		
家族		
家族		

上記のとおり届けます。

記入年月日 令和 年 月 日

組合員氏名

和歌山県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※当組合は、被保険者のマイナンバー(個人番号)を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

のり

のり

谷折り

谷折り

のり

のり

のり