



理事長	常務理事	事務長	課長	受付

電 算 入 力	被 保 険 交 付 台 帳	徴 収 元 帳	調 定 簿	互 助 会

## 国民健康保険被保険者包括資格喪失届（2項組合員）

被保険者証の記号番号										
被 保 険 者	氏 名		組 合 員 との続柄	性 別	生 年 月 日					
	個 人 番 号									
			本 人							
退 職 年 月 日					年 月 日					
資 格 喪 失 年 月 日					年 月 日					
資格喪失の理由 (番号に○、その他の場合理由記載)					①退職のため ②その他 ( )					
資格喪失後の連絡先電話番号					— —					
これから加入する保険 (番号に○)		①…全国健康保険協会      ④…市町村国保      ⑦…船員保険 ②…広島県歯科医師国保      ⑤…その他の健康保険組合      ⑧…後期高齢者医療制度 ③…その他の国保組合      ⑥…共済組合      ⑨…未定								
資格喪失証明書		必要 ・ 不要 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>(必要な場合送付先住所)</small>								
上記のとおり届けます。 また、手続きを委託する場合は下記代行者に委任します。										
年 月 日					広島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿					
2 項 組 合 員	住 所									
	氏 名	(印)								
	個人番号									
広島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿      この届出人は上記の理由にて資格喪失したことに相違ありません。										
1 項組合員（歯科医師）証明欄					(印)					
上記の組合員から国民健康保険被保険者資格喪失の手続きについて委任を受けました。										
社労士事務所等 委託先事業所名：					代行者氏名： (印)					

- 1.この届書は被保険者が同一世帯に属さなくなった日より14日以内に提出すること。
- 2.この届書には必ず被保険者証を添えて提出すること。
- 3.届出者（2項組合員本人）の個人番号確認書類及び本人確認書類を提示又は写しを添付すること。
- 4.届出期間を過ぎたときは、20,000円以下の過怠金を課せられる。