

理事長		副理事長		常務理事		常務理事		事務長		担当	
-----	--	------	--	------	--	------	--	-----	--	----	--

国民健康保険被保険者資格喪失 包括 届 一部																							
被保険者番号		8 8			資格喪失年月日		令和 年 月 日																
転出先の住所 ※包括喪失のみ記入。		〒 ー																					
氏 名				第一種・第三種 組合員との続柄		資格喪失理由			備 考														
1						転 出 社会保険加入 生活扶助開始 死 亡 そ の 他																	
	個人番号 (マイナンバー)																						
2																							
	個人番号 (マイナンバー)																						
3																							
	個人番号 (マイナンバー)																						
※第二種組合員の世帯員が喪失となる時、ご記入ください。																							
第二種組合員		氏 名				個人番号 (マイナンバー)																	
上記のとおり 資格確認書 (※) を添えて届けます。																							
令和 年 月 日																							
〒 ー																							
第一種 第三種 組合員				住 所				氏 名															
										(印)													
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">第一種・第三種組合員 個人番号 (マイナンバー)</td> <td colspan="10"></td> </tr> </table>												第一種・第三種組合員 個人番号 (マイナンバー)											
第一種・第三種組合員 個人番号 (マイナンバー)																							
秋田県医師国民健康保険組合理事長 様																							

(※) 資格確認書は、交付を受けている場合に添付してください。

○資格喪失証明書の交付 (有 無)

「有」の方は送付先を記入してください。

住所 〒 ー

※組合記入欄※		
□資格確認書	返 還	印
	未 返 還	印
□資格確認書 交付無し		

受付印