

喪

国民健康保険 被保険者資格喪失届（第2種）

被保険者証記号番号	医 師 組
資格喪失理由	1. 社保加入 2. 転出（市町村国保加入） 3. 死亡 4. その他（ ） ※下記喪失理由の欄に、それぞれ当てはまる番号を記入すること。

フリガナ 氏 名	世帯主 との続柄	性 別	個 人 番 号 喪 失 年 月 日	喪失理由
		男 女	平成・令和 年 月 日	
		男 女	平成・令和 年 月 日	
		男 女	平成・令和 年 月 日	
		男 女	平成・令和 年 月 日	
		男 女	平成・令和 年 月 日	
		男 女	平成・令和 年 月 日	
		男 女	平成・令和 年 月 日	
		男 女	平成・令和 年 月 日	

上記の通り被保険者証を添えて届けます。令和 年 月 日

第1種組合員 (雇用主である医師)	所在地 (事業所)	〒
	名 称	
	氏 名	⑩
	TEL:	
	個人番号	
第2種組合員 (ご本人)	自宅住所	〒
	氏 名	⑩
	個人番号	

徳島県医師国民健康保険組合理事長 殿