

喪

国民健康保険 被保険者資格喪失届 (第1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。	
喪失証明書	要 ・ 不要 ※市町村国保へ加入する場合に必要となりますので、いずれかに○印をご記入ください。	

フリガナ 氏 名	世帯主 との続柄	性 別	個 人 番 号				喪失理由
			喪	失	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

(世帯主) 住 所

氏 名

印

電話番号

個人番号

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

徳島県医師国民健康保険組合理事長 殿