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。	
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、いずれかに〇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　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	

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	㊞
		TEL:
	個人番号	
第2種組合員 （ご本人）	自宅住所	〒
	氏　名	㊞
	個人番号	

徳島県医師国民健康保険組合理事長　殿