

伺	決裁年月日	令和 年 月 日		
	理事長	常務理事	事務長	係

国民健康保険被保険者包括資格喪失届（1・3種組合員用）

被保険者証の 記号番号		資格喪失 年月日	令和 年 月 日	就業形態	開業医・勤務医（常勤・非常勤）	
事業所形態		個人(5人以上・5人未満)・法人	適用除外		有・無	特定
氏 名		組合 記入	続 柄	個 人 番 号		資 格 喪 失 理 由
1		特 介	本 人			いずれかに○をして下さい。
2		特 介				社会保険加入 (年 月 日付)
3		特 介				県医師会退会 (年 月 日付)
4		特 介				資格判定非該当
5		特 介				死 亡 (年 月 日付)
6		特 介				そ の 他

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

令和 年 月 日

〒
事業所 所在地

名 称

TEL () FAX ()

〒
1・3種組合員 住所
(自宅)

氏名

印

個人番号			
------	--	--	--

TEL () FAX ()

三重県医師国民健康保険組合理事長 様

【個人番号の利用目的について】

本組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収事務で利用します。