

(様式 32 号)

年 月 日

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

【雇用主組合員入力欄】

届出人住所 〒

氏 名

電話番号 (— —)

脱 退 届

次のとおり組合を脱退したので、規約第 10 条の規程に基づきお届けします。

記

1. 脱退する組合員氏名
2. 被保険者証記号・番号 全歯 —
3. 加入年月日
4. 脱退予定年月日
5. 脱退する理由

※組合が業務上知り得た個人情報、組合業務の目的以外に使用することはありません。