

## 後期高齢者組合員資格確認書

全国歯科医師国民健康保険組合の後期高齢者組合員として

(下記のいずれかに☑を付けてください。)

継続します

継続しません ※一度資格喪失後の再加入は不可

被保険者証 記号・番号 全歯 \_\_\_\_\_

1 種組合員 氏名 \_\_\_\_\_

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

◆今後の全国歯科医師国民健康保険組合からのお知らせ等送付先について

診療所  自宅 (いずれかに☑を付けてください。)

送付先住所 (※現行と変更がある場合のみ、ご記入ください。)

〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

組合員 証交付	所得割 入力	被保険者 証回収

支部長	支部常務	係

