

後期高齢者組合員資格喪失届

後期高齢者 組合員証番号		資格喪失 年 月 日	年 月 日
-----------------	--	---------------	-------

組合員証を添えて届けます。

令和 年 月 日

後期高齢者組合員 氏 名 _____

後期高齢者組合員 住 所 (〒 _____)

電話番号 (_____)

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

資格喪失 入力	所得割 入力	組合員証 回収

支部長	支部常務	係

