

准 組 合 員 記 入 欄	被保険者 記号番号		鳥医国保 号		資格喪失年月日		令和 年 月 日			
			氏 名		組 合 員 との続柄		資格喪失理由		備 考	
			個人番号							
	1						市・町国保加入	※資格喪失（離脱）証明書の 発行希望について□へ ☑を入れ、希望の場合は、 送付先の住所も記載して ください。		
	2						社会保険加入	□希望します。 □希望しません。 〒 - 住所		
	3						生活保護開始			
	4						死 亡	※必ずご確認ください。 お持ちの書類について□へ ☑を入れてください。		
	5						その他	□資格確認書 →※必ずご返却ください。 □資格情報のお知らせ (資格情報通知書)		
上記のとおり相違ありません。										
准組合員					〒 住 所					
					氏 名					
					個 人 番 号					
組 合 員 記 入 欄	上記のとおり関係書類を添えて届けます。									
	令和 年 月 日									
	〒									
	住 所									
	事業主組合員									
氏 名										
鳥取県医師国民健康保険組合 様										

委 任 欄	私は、この届出の提出を、下記の者に委任します。				住所	
	令和 年 月 日				組合員	
					氏名	
1 窓口に来られた方		住所		氏名		
2 郵送により代行する方						

注意事項

1. 組合員本人以外が手続きをする場合は、上段の「委任欄」に組合員の委任が必要です。

2. 窓口で手続きをされる場合は、窓口に来られた方の本人確認をさせていただきますので、確認できるもの（運転免許証等）をご持参ください。