

第二種組合員資格喪失届

様式第 32 号

事務長	課長	業務係	証回収

《記入例を参考にご記入下さい》

欄は記入不要です。

第二種番号		保険医療機関コード											
第 二 種 9 9 9 9 9													
氏 名		性別	生 年 月 日			資 格 喪 失 年 月 日				喪失事由		〒 6 0 4 - 8 3 △ △	喪失後の連絡先住所
医 国 保 子		男 女	年	月	日	平成	年	月	日	地区医師会退会			
		男 女	0	8	1	2	0	1	2	0	2	壬生東高田町△番地の△	
上記の第二種組合員について、第二種組合員証を添えて届出ます。												電話番号 075 - 451 - 8×××	
京都府医師国民健康保険組合 様												組合記入欄	

平成 20 年 12 月 5 日

この書類を記入された日

組合員 (第二種組合員) 医国 保子

医国

組合員 (事業主名) 医国 一郎

医国

第二種組合員と事業主が同じ場合は事業主名欄のみで可