受　　付

常務理事	事務長	次長	係

様式第２９号

後 期 高 齢 組 合 員 資 格 喪 失 届

正組合員番号 ※ 記 入 不 要	
正組合員氏名	
資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
資格喪失事由	１．静岡県医師会退会　令和　年　月　日　退会 ２．休廃業　令和　年　月　日　休廃業 ３．地区外へ転出　令和　年　月　日　転出 ４．死　亡　令和　年　月　日　死亡 ５．任意に喪失 ６．その他

上記のとおり届出します。

令和　　年　　月　　日

〒　　－

正組合員（申請者）　住　所

氏　名

電話番号　（　　）　　－

静岡県医師国民健康保険組合理事長　様