

(様式32号)

平成 年 月 日

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

〒  
届出人住所

氏 名 印

電話番号 ( — — )

## 脱 退 届

次のとおり組合を脱退したいので、規約第10条の規定に基づきお届けします。

### 記

1. 組合員氏名
2. 被保険者証記号・番号 全歯 —
3. 加入年月日 年 月 日
4. 脱退予定年月日 年 月 日
5. 脱退する理由

6. 雇用主組合員氏名 (2、3種組合員のとき)