

後期高齢者組合の1種組合員資格確認書

全国歯科医師国民健康保険組合の後期高齢者組合員として

(下記のいずれかに☑を付けてください。)

継続します

継続しません ※一度資格喪失後の再加入は不可

記号・番号 全歯 _____

1種組合員 氏名 _____

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

◆今後の全国歯科医師国民健康保険組合からのお知らせ等送付先について

診療所 自宅 (いずれかに☑を付けてください。)

送付先住所 (※現行と変更がある場合のみ、ご記入ください。)

〒 _____

電話番号 _____

組合員 証交付	所得割 入力	被保険者 証回収

支部長	支部常務	係

