様式第8-2号

富山県医師国民健康保険組合第2組合員喪失届

旧　番号	
第 2 組 合 員 氏 名	
資 格 喪 失 年 月 日	令和　　年　　月　　日
資格喪失理由	□ 県医師会退会　　□ 死亡 □ その他（　　）

上記のとおり資格を喪失するのでお届けします。

令和　　年　　月　　日（記入日）

届出者 〒　　－　　電話　　－　　－

住　所

氏　名（自署）

（第2組合員との続柄　　）

富山県医師国民健康保険組合理事長殿

常務理事	事務長	担　当		受　付　印
家族　　名 （□高 □介 □割合 □証送付）				