

被保険者証を必ず添付してください

(事実発生の日から14日以内に提出願います)

記入例 喪失

は記入不要です

●やめる日付を記入
〔次の例を参考に喪失〕
4/1 就職 → 4/1 喪失
4/1 転居 → 4/1 喪失
3/31 退職 → 4/1 喪失

国民健康保険(被保険者並びに組合員)資格喪失届

太枠内はすべてご記入 第1種組合員の保険証番号を記入

被保険者証番号 又は 組合員証番号	宮医 010 A 123456	被保険者区分	<input checked="" type="checkbox"/> 第1種組合員A (75歳未満) <input type="checkbox"/> 第1種組合員B (75歳以上)	<input checked="" type="checkbox"/> 第2種組合員 (従業員) <input checked="" type="checkbox"/> 第1種家族 <input type="checkbox"/> 第2種家族	平成 29年 4 月 1 日
氏名		第1種組合員 との続柄	性別	生年月日	資格喪失の理由
1 (フリガナ) コ林 仔叫 国保 一郎		本人	男 女	大・昭・平 (63才) 29年 7 月 15 日	1. 転出 2. 社保加入 3. 国保加入 4. 死亡 5. 後期加入 6. 医師国保加入 7. 生活保護開始 8. その他()
2 (フリガナ) コ林 ハコ 国保 花子		妻	男 女	大・昭・平 (62才) 30年 9 月 7 日	1. 転出 2. 社保加入 3. 国保加入 4. 死亡 5. 後期加入 6. 医師国保加入 7. 生活保護開始 8. その他()
3 (フリガナ) ケコウ ケミ 健康 組子		従業員	男 女	大・昭・平 (57才) 35年 6 月 13 日	1. 転出 2. 社保加入 3. 国保加入 4. 死亡 5. 後期加入 6. 医師国保加入 7. 生活保護開始 8. その他()
4 (フリガナ)			男 女	大・昭・平 () 年 月 日	1. 転出 2. 社保加入 3. 国保加入 4. 死亡 5. 後期加入 6. 医師国保加入 7. 生活保護開始 8. その他()
5 (フリガナ)			男 女	大・昭・平 () 年 月 日	1. 転出 2. 社保加入 3. 国保加入 4. 死亡 5. 後期加入 6. 医師国保加入 7. 生活保護開始 8. その他()

注意
* この届には、被保険者証を必ず添付してください。また届出が1カ月以上遅れた場合は、必要書類を提出してください。速やかに返却してください。喪失後に使用の場合は、医療費負担者証(被保険者でなくなった日)以降は使えません。

次に加える予定の健康保険を記入

医師本人が喪失後に勤務する予定の名称

次に加える健康保険から提出を求められた場合に必要

資格喪失後の勤務先・連絡先 ※医師本人が喪失の場合ご記入ください 国保病院 資格喪失証明書 要・不要

右記の事項 事業主の署名・捺印 被保険者証又は組合員証、必要書類を添えて

上記のとおり 平成 29年 3 月 25 日(届出日) 住民票記載の住所 〒 980 - 0805 仙台市青葉区大手町〇丁目△-□ この書類を提出する日付を記入

第1種組合員 (医師) 国保 一郎 国保 TEL (022) 910 - 1112 ※市外局番を記入してください 携帯 (090) 1234 - 5678 宮城県医師国民健康保険組合理事長 様

《約諾事項》
1. 被保険者証の不正使用等の納付を拒否すること。
1. 資格喪失後の被保険者証の返還について責務を負うこと。

裏面の注意事項を必ずお読みください

※ 当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。

支部確認欄

組合確認欄

保険料処理欄