

常務理事	理事	事務長	担当者

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)



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ください

被保険者証番号 又は 組合員証番号	官医 A	被保険者区分	※☑をつけてください <input type="checkbox"/> 第1種組合員A (75歳未満) <input type="checkbox"/> 第2種組合員 (従業員) <input type="checkbox"/> 第1種組合員B (75歳以上) <input type="checkbox"/> 第1種家族 <input type="checkbox"/> 第2種家族	資格喪失年月日	平成 年 月 日 例) 3月31日退職→4月1日喪失 ※退職、死亡の場合はその日の翌日を記入
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(該当の番号を○で囲んでください)	備考
1	(フリガナ)	男・女	大・昭・平(才) 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()	
2	(フリガナ)	男・女	大・昭・平(才) 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()	
3	(フリガナ)	男・女	大・昭・平(才) 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()	
4	(フリガナ)	男・女	大・昭・平(才) 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(才) 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()	
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			資格喪失証明書	要 ・ 不要	
右記の事項、裏面の内容を承諾した上で、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届けます。 平成 年 月 日 (届出日) 住民票記載の住所 〒 _____ 第1種組合員 (医師) _____ (印) TEL () _____ ※市外局番を記入してください 携帯 () _____ 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に基づく返還金の納付について責務を負うこと。 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。

注意

- * この届には、被保険者証を必ず添付してください。なお、添付することができない場合は「被保険者証紛失届(様式第5号)」を必ず提出してください。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。
- * 退職後の被保険者証は、速やかに返却してください。喪失後に使用の場合は、医療費の返還金が発生します。
- * 被保険者証は、資格喪失日(被保険者でなくなった日)以降は使えません。

※ 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。

D L

支部確認欄	支部長	支部受付年月日		
	①	年 月 日		
	台帳整理	台帳整理後の被保険者数(人)		
	②	区分	組合員	家族
	第1種			
	第2種			

組合確認欄	保険証回収	組合員証回収	保険料処理欄	[医療] _____ 月 _____ 円
	喪失証明書交付			[介護] _____ 月 _____ 円
	<input type="checkbox"/> 医師国保 <input type="checkbox"/> 医師会 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 本人			[支援] _____ 月 _____ 円
				[継続] _____ 月 _____ 円
		担当者		月調整