

【記入例】

国民健康保険 被保険者資格喪失届

受付印

こちらの届はモノクロ印刷では受付できません。

カラー印刷が不可能な場合は、資格喪失届をお送りいたしますので当組合までお問い合わせください。

組合員の記号・番号 群医 01 - 5010 - 00

資格(続柄)	1. 組合員	2. 組合員の家族 ()	3. 従業員組合員	4. 従業員組合員の家族 ()			
喪失者1	被保険者の記号・番号 群医 01 - 5010 - 10	被保険者の氏名 前橋 春子	生年月日 昭・平・令 54・7・2	資格喪失年月日 (退会・退職・死亡した日の翌日) 令和 6・12・1	退会・退職年月日 令和 6・11・30	資格喪失理由 22. 社保加入 23. 死亡 24. 生保開始 25. その他	備考
		個人番号(マイナンバー)	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8				
* <input type="checkbox"/> 回収 (/) <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> 紛失 * <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 (<input type="checkbox"/> 限度額 <input type="checkbox"/> 特定疾病 <input type="checkbox"/> 受診券)							

資格(続柄)	1. 組合員	2. 組合員の家族 ()	3. 従業員組合員	4. 従業員組合員の家族 (子)			
喪失者2	被保険者の記号・番号 群医 01 - 5010 - 10	被保険者の氏名 前橋 一郎	生年月日 昭・平・令 20・8・23	資格喪失年月日 (退会・退職・死亡した日の翌日) 令和 6・12・1	退会・退職年月日 令和 .	資格喪失理由 22. 社保加入 23. 死亡 24. 生保開始 25. その他	備考
		個人番号(マイナンバー)	5 5 5 6 6 6 7 7 7 8 8 8				
* <input type="checkbox"/> 回収 (/) <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> 紛失 * <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 (<input type="checkbox"/> 限度額 <input type="checkbox"/> 特定疾病 <input type="checkbox"/> 受診券)							

市町村国保に加入する又は社会保険の扶養になる場合で資格喪失証明書が必要な方は、備考に記入

医師国保喪失後の保険について社会保険、健保組合、共済組合などは「22.社保加入」、市町村国保は「25.その他」を選択

誓約書欄は、被保険者証又は資格確認書を破棄や紛失等で返還できない場合のみ記入(「資格情報通知書」の方は返還・記入不要)

資格(続柄)	1. 組合員	2. 組合員の家族 ()	3. 従業員組合員	4. 従業員組合員の家族 ()			
喪失者3	被保険者の記号・番号 群医 - -	被保険者の氏名 昭・平・令	生年月日 昭・平・令	資格喪失年月日 (退会・退職・死亡した日の翌日)	退会・退職年月日	資格喪失理由 22. 社保加入 23. 死亡 24. 生保開始 25. その他	備考
* <input type="checkbox"/> 回収 (/) <input type="checkbox"/> 破棄 <input type="checkbox"/> 紛失 * <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 (<input type="checkbox"/> 限度額 <input type="checkbox"/> 特定疾病 <input type="checkbox"/> 受診券)							

誓約書欄

被保険者 前橋 春子、一郎 は、被保険者証 資格確認書 を 破棄 紛失 のため返還できませんが、資格喪失後の診療については、貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。

令和 年 月 日 組合員 氏名 国保 太郎

組合員(先生)氏名	前橋 太郎	【委任欄】	令和 6 年 12 月 2 日
医療機関住所	前橋市口〇町一丁目8番5号	私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。	
組合員 氏名	国保 太郎	受任者(代理人)	住所 前橋市口▲町一丁目〇〇番地 氏名 群馬 次郎
個人番号(マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	委任者(組合員)	住所 前橋市口〇町一丁目8番5号 氏名 国保 太郎
組合員(先生)ご自身のマイナンバー	理事長 殿		

*印は、記入不要です。

※当組合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を、徴収関係事務並びに情報連携のため

【委任欄】は組合員(先生)以外の方(社労士や会計士事務所等)が申請する場合に記入

及び