

国民健康保険

被保険者資格喪失届

理事長	常務理事	事務長	課長・係長	係	台帳入力	収入原簿	異動整理簿

組合員の記号・番号 群医 — — ※被保険者証は必ず添付して下さい。

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( )			
被保険者証の記号・番号	生年月日		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	※被保険者証 回収・抹消	備考
被保険者の氏名	昭・平・令 . .		令和 . .	令和 . .	22.社保加入 23.死亡 24.生保開始 25.その他	回収・抹消	
群医 - -	個人番号 (マイナンバー)						

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( )			
被保険者証の記号・番号	生年月日		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	※被保険者証 回収・抹消	備考
被保険者の氏名	昭・平・令 . .		令和 . .	令和 . .	22.社保加入 23.死亡 24.生保開始 25.その他	回収・抹消	
群医 - -	個人番号 (マイナンバー)						

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( )			
被保険者証の記号・番号	生年月日		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	※被保険者証 回収・抹消	備考
被保険者の氏名	昭・平・令 . .		令和 . .	令和 . .	22.社保加入 23.死亡 24.生保開始 25.その他	回収・抹消	
群医 - -	個人番号 (マイナンバー)						

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( )			
被保険者証の記号・番号	生年月日		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	※被保険者証 回収・抹消	備考
被保険者の氏名	昭・平・令 . .		令和 . .	令和 . .	22.社保加入 23.死亡 24.生保開始 25.その他	回収・抹消	
群医 - -	個人番号 (マイナンバー)						

誓約書

被保険者 \_\_\_\_\_ は、被保険者証紛失のため返還出来ませんが、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

上記のとおり被保険者証を添えてお届けします。 令和 年 月 日	【委任欄】 令和 年 月 日 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。
医療機関の住所 組合員 氏名	受任者 (代理人) 住所 氏名
個人番号(マイナンバー)	委任者 (組合員) 住所 氏名
群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿	

※個人番号の利用目的について、当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

※印は、記入しないで下さい。