

**【記入例】** ※こちらの申請書はモノクロ印刷では受付できません。お持ちのプリンタでカラー印刷が不可能な場合は、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。

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 1 - 5010 - 0 ※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	群医 1 - 5010 - 10	昭平・令 54・7・2	令和 3・4・1	令和 3・3・31	22.社保加入 23.死亡 24.生保開始 ②5 その他			
個人番号 (マイナンバー)	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8							

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)	
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	群医 1 - 5010 - 10	昭平・令 20・8・23	令和 3・4・1	令和 3・3・31	22.社保加入 23.死亡 24.生保開始 ②5 その他			
個人番号 (マイナンバー)	5 5 5 6 6 6 7 7 7 8 8 8							

市町村国保に加入する(また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ときは備考欄に記入(ただし社会保険に本人として加入のときは証明書は不要)

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( )	
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	群医 - -	昭平・令 .			22.社保加入 23.死亡 24.生保開始 25.その他			
個人番号 (マイナンバー)								

医師国保喪失後の保険  
社会保険・健保組合・共済組合  
などは22.社保加入  
国保は25.その他

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	群医 - -	昭平・令 .			22.社保加入			
個人番号 (マイナンバー)								

誓約書は被保険者証を紛失した場合のみ記入  
別に紛失届も必要

**誓 約 書**

被保険者 前橋 春子、一郎 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 3 年 4 月 ● 日 組合員氏名 国保 太郎

上記のとおり被保険者証を添えてお届けします。 令和 3 年 4 月 ● 日	【委任欄】 令和 3 年 4 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 前橋市□○町一丁目8-5 組合員 氏名 <u>国保 太郎</u> 個人番号(マイナンバー) <u>1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2</u>	受任者(代理人) 住所 前橋市□▲町一丁目00-0 氏名 <u>群馬 次郎</u>
群馬県医師国 康保 組合 理事長 殿	委任者(組合員) 住所 前橋市□○町一丁目8-5 氏名 <u>国保 太郎</u>

組合員死亡の場合は組合員以外の方の氏名を記入

【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