

国民健康保険被保険者資格喪失届

| | | | | | |
|---------------|--------|-----------------------------|-----------------|--|--|
| 被保険者証 記号番号 | 31- | 資格証明書 | 要（医院宛 / 自宅宛）・不要 | | |
| | | 資格喪失証明書 | 要（医院宛 / 自宅宛）・不要 | | |
| 第一種 第二種 | 氏名 | 資格喪失理由※ | | | |
| | | 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. () | | | |
| 第一種 第二種 | マイナンバー | | | | |
| | | | | | |
| 第一種 第二種 | 氏名 | 資格喪失理由※ | | | |
| | | 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. () | | | |
| 第一種 第二種 | マイナンバー | | | | |
| | | | | | |
| 第一種 第二種 | 氏名 | 資格喪失理由※ | | | |
| | | 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. () | | | |
| 第一種 第二種 | マイナンバー | | | | |
| | | | | | |
| 第一種 第二種 | 氏名 | 資格喪失理由※ | | | |
| | | 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. () | | | |
| 第一種 第二種 | マイナンバー | | | | |
| | | | | | |

- ※
- 脱 会 業 職
 - 廃 業
 - 退 職
 - 社会保険加入
 - 転 出
 - 死 亡
 - 生活保護廃止
 - そ の 他

マイナンバーを必ずご記入ください。

上記のとおり資格を喪失したので届けます。

令和 年 月 日

第一種組合員

〒

診療所住所 神奈川県

診療所名称

氏名

印

マイナンバー

マイナンバーを必ずご記入ください。

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿

誓約書

被保険者証紛失のため返納できませんが、資格喪失後の診療については、
貴組合に負担をかける事を誓約いたします。

令和 年 月 日

第一種組合員氏名

印

〔注〕①本届書は施行規則第14条により被保険者証を添えて届出て下さい。

②資格喪失日については、届出受理した日とさせていただきます。

受付日付印

| | | | | | | |
|-------------|------|-----|-----|-----|-------|---|
| 決 裁 | 常務理事 | 事務長 | 次 長 | 課 長 | 係長・主任 | 係 |
| | | | | | | |
| 令和 年 月 日 決定 | | | | | | |

| | | | |
|------|-------|--------|---------|
| 収入原簿 | 異動整理簿 | 被保険者台帳 | 被保険者証返納 |
| | | | |

※ 各申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。

【委任欄】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。 令和 年 月 日

| | | | |
|--------------------|---|-----------------------|---|
| 受任者 住所 (代理人) 氏名 | 印 | 委任者 住所 (第一種組合員) 氏名 | 印 |
|--------------------|---|-----------------------|---|