

国民健康保険被保険者資格喪失届申請書記入例

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者証 記号番号	31-① 1 2 3 4 5 6 7 8	資格証明書 資格喪失証明書	(要) (医院宛) (自宅宛) ・不要	(要) (医院宛/自宅宛) ・不要	
第一種 第二種	氏 名	資格喪失理由※			
	③ 国保 守	1. 2. ③. 4. 5. 6. 7. 8. ()	マインバー 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3		
第二種 の家族	国保 花子	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. ⑥. 8. ()	マインバー 3 3 3 3 3 3 3 1 1 1 1 1 1		
		1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ()	マインバー		
		1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ()	マインバー		
		1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ()	マインバー		
		1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ()	マインバー		

※ 1. 脱 会
2. 廃 業
3. 退 職
4. 社 会 保 険 加 入
5. 転 居
6. 死 亡
7. 生 活 保 護 廃 止
8. そ の 他

① 喪失する方の被保険者証番号をご記入下さい。

② 【資格証明書】
喪失日前日まで被保険者証の代わりにお持ちいただくものです。被保険者証回収後に発行致します。
【資格喪失証明書】
次の保険に加入する際、必要な場合があります。

③ 家族のみ喪失する場合、組合員欄のご記入は不要です。

④ 記載日をご記入下さい。

喪失される方および、第一種組合員のマイナンバーを必ずご記入下さい。

被保険者証は必ず添付して下さい。

⑤ 被保険者証を添付出来ない場合は、第一種組合員のご記名ご捺印をお願いします。

上記のとおり資格を喪失したので届けます。

令和元年6月1日喪失希望

④ 令和 元 年 5 月 1 日
第一種組合員 〒 231-0037

※ 被保険者証を必ず添付して下さい
※ 遡り喪失はできません
※ 資格があるのは喪失日前日までとなります

診療所住所 神奈川県 横浜市 横浜市中区富士見町3-1

診療所名称 **神奈川県医師国保クリニック**

氏 名 **医師 太郎** (印) マインバー **0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0**

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿

⑤ 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ない事を誓約いたします。

令和 元 年 5 月 1 日

第一種組合員氏名 **医師 太郎** (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して下さい。
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	常務理事	事務長	次 長	課 長	係長・主任	係
裁						
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は、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。 令和元年 5 月 1 日

受任者 住所 横浜市中区富士見町300-100 (印) 神奈川	委任者 住所 横浜市中区富士見町3-1 (印) 医師
(代理人) 氏名 神奈川 一郎	(第一種組合員) 氏名 医師 太郎

代理人(社労士等)による代理申請の場合は、委任欄へご記入ご捺印をお願いします。