

# 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	② 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) ③ 不要	
第一種 第二種	氏 名	資格喪失理由※			
	③ 神奈川 一郎	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ( )	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ( )	マイナンバー	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3
第二種 の 家 族	神奈川 花子	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ( )	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ( )	マイナンバー	5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5
		1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ( )	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ( )	マイナンバー	
		1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ( )	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ( )	マイナンバー	
		1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ( )	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ( )	マイナンバー	
		1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ( )	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ( )	マイナンバー	

※ 1. 脱 2. 廃 3. 退 4. 社会保険加入 5. 転 6. 死 7. 生活保護廃止 8. その他  
会 業 職 出 入 止 他  
業 職 出 入 止 他

マイナンバーを必ずご記入ください。

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。  
【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、第一種組合員の記名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

※ 資格があるのは喪失日前日までとなります  
※ 遡り喪失はできません

第一種組合員 ④ 令和 元 年 5 月 1 日  
〒 231-0037

診療所住所 神奈川県 横浜市 横濱市中区富士見町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 (医師印) マイナンバー 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 (医師印)

【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、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 横濱市中区富士見町300-100 (代理人) 氏名 神奈川 一郎 (神奈川印)	委任者 住所 横浜市 横濱市中区富士見町3-1 (第一種組合員) 氏名 医師 太郎 (医師印)
--	---

代理申請の場合は、委任欄へ記入、捺印をお願いします。