

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- ①01234567	② 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

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。

組合員	氏名	資格喪失理由※
	③ 神奈川 一郎	1. 2. ③ 4. 5. 6. 7. 8. ()

家族	氏名	資格喪失理由※
	神奈川 花子	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. ⑧ 8. ()
		マイナンバー
		マイナンバー
		マイナンバー
		マイナンバー

※ 1. 脱 会 業 職
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

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。

平成28年2月1日喪失希望

④ 平成 28 年 1 月 1 日

第一種組合員 〒 231-0037

診療所住所 神奈川県 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 医 師 マイナンバー 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

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

⑤ 誓 約 書

被保険者証紛失または、回収不能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。

平成 28 年 1 月 1 日

第一種組合員氏名 医師 太郎 医 師

【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	常务理事	事務長	次 長	課 長	係長・主任	係

収入原簿	異動整理簿	被保険者台帳	被保険者証返納

平成 年 月 日 決定

※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。 平成 年 月 日

受任者 住所 横浜市中区富士見町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、裏面の委任欄へ記入、捺印をお願いします。