



国民健康保険被保険者資格喪失届

| | | |
|-------|-------|---------|
| 担 当 者 | 受 付 処 | 理 年 月 日 |
| | | |

※太枠内は記入しないで下さい。

| | | | |
|----------------------------------|------------------|--|---|
| I種=事業主の先生・II種=従業員・III種=75歳以上の事業主 | | 保険者証回収日 | 令和 年 月 日 |
| 組合員種別 | I種・II種・III種・家族 | 資格喪失決定年月日 | 令和 年 月 日 |
| 記号番号 | | 資格喪失の理由 (必ず、下記項目のいずれかに○をつけ、日付を記入して下さい。) | |
| 氏名 | 生年月日 | 組合員との続柄 | ※退職の年月日の翌日が資格喪失日となります。 (例)退職日1月31日 ↓ 喪失日2月1日 |
| 1 | 令・平・昭・大 年 月 日 | 市町村国保へ加入 | |
| 個人番号(マイナンバー) | | | |
| 2 | 令・平・昭・大 年 月 日 | 社会保険へ加入 | |
| 個人番号(マイナンバー) | | | |
| 3 | 令・平・昭・大 年 月 日 | 生活扶助開始 | |
| 個人番号(マイナンバー) | | | |
| 4 | 令・平・昭・大 年 月 日 | 死 亡 | |
| 個人番号(マイナンバー) | | | |
| 5 | 令・平・昭・大 年 月 日 | 後期高齢者医療へ移行(75歳以上) | |
| 個人番号(マイナンバー) | | | |
| 6 | 令・平・昭・大 年 月 日 | その他へ (医師国保等) | |
| 個人番号(マイナンバー) | | | |

退職の年月日

令和 年 月 日

【喪失証明書】が必要な方は、送付先、氏名を記入して下さい。

・〒 — 住所:
 ・下記住所と同じ

住所:

氏名:

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

令和 年 月 日

第I・III種組合員の住所

氏名

印

個人番号

(マイナンバー)

電話番号

第II種組合員の住所

氏名

印

個人番号

(マイナンバー)

電話番号

携帯番号

事業主様へ

- ・記載事項に誤りがないか確認下さい。
- ・喪失者の個人番号は厳重に管理し、目的外には使用しないで下さい。
- ・当用紙の提出は、地域医師会を経由せず、直接当組合へ提出(郵送可)して下さい。
- ・社労士等を経由する場合は封筒等で密封して提出下さい。
- ・下記注意事項もご確認下さい。

岐阜県医師国民健康保険組合理事長 様

送付先:〒500-8510 岐阜市藪田南3-5-11

※注意事項

- この届は、必ず14日以内に被保険者証を添えて提出して下さい。
- 以下の場合、次に加入した健康保険の被保険者証の写しまたは加入証明書を添付して下さい。
 - 喪失日が月末の場合。(例:1月30日退職、1月31日から次の健康保険)
 - 喪失日から1ヶ月以上、本届の提出が遅れた場合。
 - その他、当組合が必要であると判断した場合
- 被保険者証の添付ができない場合は、紛失届を添えて下さい。
- 資格喪失日以降の保険給付費については、第1種・第III種組合員に負担していただくこと
- 限度額認定証をお持ちの方は、被保険者証と一緒に返送して下さい。

※【個人番号の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法第9条別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。