

岐阜県医師国民健康保険組合 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=事業主組合員・Ⅱ種=従業員組合員・Ⅲ種=75歳以上の事業主組合員

組合員種別	Ⅰ種・Ⅱ種・Ⅲ種・家族				回収日	令和 年 月 日		
記号番号					資格喪失 決定年月日	令和 年 月 日		
	氏名	生年月日	組合員との 続柄	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。)				
1		令・平・昭・大 年 月 日		市町村国保へ加入		年 月 日		
	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：〒 ー
・下記住所と同じ

氏名：

有効期限内の被保険者証又は資格確認書を添付し、上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

※喪失申請をする組合員(家族の場合はその世帯に属する組合員)が記入してください。

組合員※ 〒 ー

住所

氏名

個人番号
(マイナンバー)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

()

ー

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
岐阜県医師国民健康保険組合

第Ⅰ・Ⅲ種組合員(事業主)確認欄

- 上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。
- 注意事項について確認しました。

第Ⅰ・Ⅲ種組合員(事業主)氏名

(自署)

※注意事項

- この届は、必ず14日以内に有効期限内の被保険者証又は資格確認書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資格情報のお知らせ又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
- 有効期限内の被保険者証又は資格確認書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Ⅰ種・第Ⅲ種組合員に負担していただくことがあります。
- 限度額認定証又は特定疾病受療証をお持ちの方は、本届出に添付して下さい。