様式第44号

**国民健康保険被保険者　資格・包括資格　喪失届**

|  |  |
| --- | --- |
| **第１種組合員（医師）記入欄**※医師とその家族が資格喪失する場合にご記入ください。 | 資格喪失年月日（県医師会退会・退職・社保加入・死亡日などの翌日） |
| 被保険者証記号番号 | 記号　　　　　　番号 | 　　年　　　月　　　日 |
|  | 氏名・／個人番号（マイナンバー）／続柄 |  | 氏名／個人番号（マイナンバー）／続柄 | 資格喪失の理由 |
| １ | ﾌﾘｶﾞﾅ | 第1種組合員との続柄 | ３ | ﾌﾘｶﾞﾅ | 第1種組合員との続柄 | 1社保加入（本人・扶養）社保加入日　　年　　月　　日2生活保護開始3死亡　4後期高齢者加入5その他☆その他の理由の該当日年　　月　　日□県医師会退会□閉院　□退職□地区外転出□世帯分離□その他（　　　　　　　） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ | ﾌﾘｶﾞﾅ | 第1種組合員との続柄 | ４ | ﾌﾘｶﾞﾅ | 第1種組合員との続柄 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **第２種組合員（従業員）記入欄**　※従業員とその家族が資格喪失する場合にご記入ください。 | 資格喪失年月日（退職・社保加入・死亡日などの翌日） |
| 被保険者証記号番号 | 記号　　　　番号 | 　　年　　　月　　　日 |
|  | 氏名／続柄／個人番号（マイナンバー） |  | 氏名／続柄／個人番号（マイナンバー） | 資格喪失の理由 |
| １ | ﾌﾘｶﾞﾅ | 第2種組合員との続柄 | ３ | ﾌﾘｶﾞﾅ | 第2種組合員との続柄 | 1社保加入（本人・扶養）社保加入日　　年　　月　　日2生活保護開始3死亡　4後期高齢者加入5その他☆その他の理由の該当日年　　月　　日□退職□ﾊﾟｰﾄ（常勤3/4未満）□地区外転出□世帯分離□その他（　　　　　　　） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ | ﾌﾘｶﾞﾅ | 第2種組合員との続柄 | ４ | ﾌﾘｶﾞﾅ | 第2種組合員との続柄 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 資格喪失証明書⇒　□必要※必要な方は☑し、以下にご記入ください。　□不要※不要な方（社保加入済みの方など）は☑してください。 | 組合使用欄 |
| 送付先 | ※〇をつけてください。下記3・4に〇の方は、右記の【送付先の住所】にもご記入ください。1事業所 2喪失者の被保険者証住所3喪失者の転出先住所4その他（　　　　　　　　　　　） | 【送付先の住所】〒　　　－TEL（　　　　　　　）（　　　　　　　）（　　　　　　　） | 証明日送付日 |
| 保険証回収不能届下記の者は保険証が回収不能となりましたので届けます。資格喪失後の診療については、貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。　　回収不能者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第１種組合員（事業主）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　栃木県医師国民健康保険組合理事長　殿 |
| 上記のとおり届けます。　　　　　　年　　月　　日　事業所　　所在地　〒　　　－　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第１種組合員（事業主）　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ（　　　　　　）（　　　　　　）（　　　　　　）ＦＡＸ（　　　　　　）（　　　　　　）（　　　　　　）栃木県医師国民健康保険組合理事長　殿 | 社会保険労務士等の提出代理人記入欄 |
| 社会保険労務士・税理士・会計士・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 上記資格の登録番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 提出代理人住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　　）（　　　　）（　　　　） |
| 委任状私は上記の者を代理人と定め、個人番号を提供することを委任します。第１種組合員（事業主）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 組合使用欄 | 被保険者証回収年月日 |  |

※提出書類は別紙をご覧ください。