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。