

# 国民健康保険被保険者 資格・包括資格 喪失届

<b>第1種組合員（医師）記入欄</b> ※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	
1	フリガナ	第1種組合員との続柄	3
	フリガナ	第1種組合員との続柄	
	フリガナ	第1種組合員との続柄	
2	フリガナ	第1種組合員との続柄	4
	フリガナ	第1種組合員との続柄	
	フリガナ	第1種組合員との続柄	
資格喪失の理由			
1 社保加入（本人・扶養） 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 <input type="checkbox"/> 県医師会退会 <input type="checkbox"/> 閉院 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 地区外転出 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

<b>第2種組合員（従業員）記入欄</b> ※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）	
1	フリガナ	第2種組合員との続柄	3
	フリガナ	第2種組合員との続柄	
	フリガナ	第2種組合員との続柄	
2	フリガナ	第2種組合員との続柄	4
	フリガナ	第2種組合員との続柄	
	フリガナ	第2種組合員との続柄	
資格喪失の理由			
1 社保加入（本人・扶養） 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 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> パート（常勤 3/4 未満） <input type="checkbox"/> 地区外転出 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

資格喪失証明書⇒ <input type="checkbox"/> 必要 ※必要な方は☑し、以下にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 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 ※○をつけてください。 下記3・4に○の方は、右記の【送付先住所】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。