

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 05 番号 9999001	
		令和 4 年 4 月 1 日	
氏名・個人番号（マイナンバー）／続柄		資格喪失の理由	
フリガナ コノ 太郎 第1種組合員との続柄 国保 太郎 本人		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	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 1		4年 3月 31日	
フリガナ コノ 花子 第1種組合員との続柄 国保 花子 妻		<input checked="" type="checkbox"/> 県医師会退会 <input checked="" 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	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		()	
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 05 番号 9999	
		令和 4 年 4 月 1 日	
氏名・個人番号（マイナンバー）／続柄		資格喪失の理由	
フリガナ コノ 愛子 第2種組合員との続柄 保険 愛子 本人		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	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		4年 3月 31日	
フリガナ コノ 真 第2種組合員との続柄 保険 真 子		<input checked="" 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	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		()	
資格喪失証明書⇒ <input checked="" 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 ()		証明日 送付日	
TEL ()		「資格喪失証明書」を本組合から発行します。医師国保資格喪失者が次に加入する医療保険先へ提出する書類です。必要な方は、必要に○と送付先に○をつけ、必要事項をご記入ください。不要な方（就職等による社会保険加入済みの方など）は、不要に○をつけてください。	
下記の者は保険証が回収不能となりましたのでを誓約いたします。 回収不能者氏名：			
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。			
令和 4 年 4 月 1 日			
事業所			
所在地 〒 320-0065 宇都宮市駒生町 3000-			
名称 国保クリニック			
第1種組合員（事業主）氏名 院長 国保 太郎			
TEL (028) (622) (4378)			
FAX (028) (625) (9703)			
栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿			
組合使用欄		被保険者証回収年月日	
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 1 2 3 4 5 6 7 8	
提出代理人住所 宇都宮市駒生町 4000-1		提出代理人氏名 〇〇社会保険労務士事務所	
連絡先 (028) (622) (4378)		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 国保 太郎	