

(第3種) 資格喪失届

組合員種別によって様式が異なります。

喪失日は退職日の翌日（死亡の場合は死亡日の翌日）をご記入ください。

記入例

被保険者証番号	喪失区分		全部・家族喪失	
	資格喪失年月日		令和〇年4月1日	
	(退職日)		令和〇年3月31日	
氏名		続柄	性別	生年月日
(フリガナ)	コクホ ハナコ	本人	男・女	昭和 平成 令和
	国保 花子		〇年 〇月 〇日	
(フリガナ)	コクホ タロウ	長男	男・女	昭和 平成 令和
	国保 太郎		〇年 〇月 〇日	
(フリガナ)			男・女	昭和 平成 令和
(フリガナ)				昭和 平成 令和
(フリガナ)				昭和 平成 令和
喪失事由	資格喪失証明書	本組合喪失後の健康保険について必ずご記入ください。		
<input type="checkbox"/> 2. 社保加入	<input checked="" type="checkbox"/> 要	4月1日加入（予定）		
<input type="checkbox"/> 3. 死亡	<input type="checkbox"/> 不要	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 共済組合		
<input checked="" type="checkbox"/> 4. 退職		<input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢医療制度 <input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 5. その他				

被保険者証が使えるのは退職日までです。喪失届と併せて速やかにご返却ください。

証明書は原則として、本人の自宅宛てに郵送します。郵送先が異なる場合は、メモ等でお知らせ下さい。

上記のとおり被保険者証（お持ちの場合は限度額適用認定証、高齢受給者証）を添えて届けます。

被保険者証が返却されないと手続きができません。万が一、紛失した場合は、組合までお問合せ下さい。

必ずご捺印ください。

令和 〇年 〇月 〇日

第1種組合員 診療所住所 〒 000-0000

診療所名 〇〇〇〇歯科医院

氏名 〇〇 〇〇 (第1種組合員 (院長) 氏名) 印

第3種組合員 (本人) 自宅住所 〒 000-0000

〇〇市〇〇町〇番地の〇 (TEL 0000 - 0000 - 0000)

氏名 国保 花子 (加入者本人氏名)

奈良県歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

交付・訂正日	異動整理簿	保険料	データ入力日	異動処理月	適用除外
				月	0. 非該当 1. 該当

事務長	次長	係員