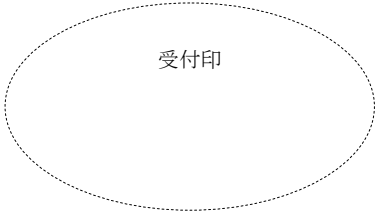


承認欄	理事長	副理事長 兼常任理事	理事	事務長	次長	副課長	担当



国民健康保険被保険者資格喪失届

資格喪失年月日は社保加入日の翌日、死亡した日の翌日、75歳に到達した日の翌日退職した日の翌日。記載の方法については裏面をご覧ください。

資格喪失年月日	平成 年 月 日	提出者の氏名	
---------	----------	--------	--

記番号	フリガナ	氏名	生年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 年 月 日	性別	1. 男 2. 女		
個人番号	資格喪失の理由		1. 社保加入 (平成 年 月 日)・・・社会保険の資格取得年月日 2. 死亡 (平成 年 月 日)・・・亡くなった日 3. 後期高齢加入(平成 年 月 日)・・・75歳に到達した日 4. その他 (平成 年 月 日)・・・退職年月日 等					
第1種組合員との続柄	1. 第1種組合員(医師本人) 2. 第1種家族 続柄() 3. 第2種組合員(従業員) 4. 第2種家族 続柄()	資格喪失証明書の発行	1. 必要 2. 不要	資格喪失証明書の送付先	1. 医療機関 2. 資格喪失した者の自宅	備考	被保険者証の回収日	事務局記入欄 平成 年 月 日

記番号	フリガナ	氏名	生年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 年 月 日	性別	1. 男 2. 女		
個人番号	資格喪失の理由		1. 社保加入 (平成 年 月 日)・・・社会保険の資格取得年月日 2. 死亡 (平成 年 月 日)・・・亡くなった日 3. 後期高齢加入(平成 年 月 日)・・・75歳に到達した日 4. その他 (平成 年 月 日)・・・退職年月日 等					
第1種組合員との続柄	1. 第1種組合員(医師本人) 2. 第1種家族 続柄() 3. 第2種組合員(従業員) 4. 第2種家族 続柄()	資格喪失証明書の発行	1. 必要 2. 不要	資格喪失証明書の送付先	1. 医療機関 2. 資格喪失した者の自宅	備考	被保険者証の回収日	事務局記入欄 平成 年 月 日

記番号	フリガナ	氏名	生年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 年 月 日	性別	1. 男 2. 女		
個人番号	資格喪失の理由		1. 社保加入 (平成 年 月 日)・・・社会保険の資格取得年月日 2. 死亡 (平成 年 月 日)・・・亡くなった日 3. 後期高齢加入(平成 年 月 日)・・・75歳に到達した日 4. その他 (平成 年 月 日)・・・退職年月日 等					
第1種組合員との続柄	1. 第1種組合員(医師本人) 2. 第1種家族 続柄() 3. 第2種組合員(従業員) 4. 第2種家族 続柄()	資格喪失証明書の発行	1. 必要 2. 不要	資格喪失証明書の送付先	1. 医療機関 2. 資格喪失した者の自宅	備考	被保険者証の回収日	事務局記入欄 平成 年 月 日

記番号	フリガナ	氏名	生年月日	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 年 月 日	性別	1. 男 2. 女		
個人番号	資格喪失の理由		1. 社保加入 (平成 年 月 日)・・・社会保険の資格取得年月日 2. 死亡 (平成 年 月 日)・・・亡くなった日 3. 後期高齢加入(平成 年 月 日)・・・75歳に到達した日 4. その他 (平成 年 月 日)・・・退職年月日 等					
第1種組合員との続柄	1. 第1種組合員(医師本人) 2. 第1種家族 続柄() 3. 第2種組合員(従業員) 4. 第2種家族 続柄()	資格喪失証明書の発行	1. 必要 2. 不要	資格喪失証明書の送付先	1. 医療機関 2. 資格喪失した者の自宅	備考	被保険者証の回収日	事務局記入欄 平成 年 月 日

上記の通り申請致します		提出年月日	平成 年 月 日
〒 -		自宅住所	
第1種組合員 (医師組合員)	連絡先TEL	-	-
氏名		Ⓜ	
岩手県医師国民健康保険組合理事長 様			

事務局記入欄			
医師国保 台帳登録 年月日	平成 年 月 日	Ⓜ	
資格喪失 証明書発行 年月日	平成 年 月 日	Ⓜ	

【個人情報の取扱いについて】

ご記入いただいた個人情報は当組合の個人情報保護方針に沿って扱うものとします。また、この申請によって取得した個人番号(マイナンバー)は医療保険に関する個人番号関係事務において利用いたします。

【資格喪失届の記載について】

- 資格喪失年月日 : 資格喪失事由が発生した日の翌日の日付を記載して下さい。
・ 社会保険の資格取得年月日の翌日。
(例) 社会保険の資格取得年月日が4月1日の場合、資格喪失年月日は4月2日。
・ 亡くなられた日の翌日。
・ 75歳に到達した日の翌日。(誕生日の翌日)
・ 退職年月日の翌日。
(例) 退職年月日が3月31日の場合、資格喪失年月日は4月1日。
- 提出代行者の氏名 : 第1種組合員(医師組合員)または当該事業所以外の方が資格取得の申請を行う場合、申請書を提出する者の氏名を記載して下さい。
- 記号番号 : 被保険者証に記載の記号番号を記載して下さい。
- 氏名 : 住民票に記載の氏名を記載して下さい。フリガナはカタカナで記載して下さい。
- 生年月日 : 該当の番号に をして、生年月日を記載して下さい。
- 性別 : 該当の番号に をして下さい。
- 個人番号 : 本人確認(「番号確認」および「身元確認」)を必ず行なった上で、誤りのないよう記載して下さい。
- 資格喪失の理由 : 1. 社保加入 協会けんぽ、共済組合、健保組合等の社会保険の被保険者または被扶養者となったことにより、医師国保組合の被保険者でなくなる場合。
2. 死亡 亡くなったことにより医師国保組合の被保険者でなくなる場合。
3. 後期高齢加入 75歳到達により後期高齢者医療制度の該当となり、医師国保組合の被保険者でなくなる場合。
4. その他 社保加入、死亡、後期高齢加入に該当しないもの。
(例)・事業所の退職により医師国保組合の被保険者でなくなる場合。 等
- 第1種組合員との続柄 : 該当の番号に をして下さい。括弧の中には続柄を記載して下さい。
(例) 妻、夫、父、母、長男、次男、長女、次女 等
- 資格喪失証明書の発行 : 該当の番号に をして下さい。資格喪失証明書は市町村国保等に加入する際に必要となる証明書です。
- 資格喪失証明書の送付先 : 該当の番号に をして下さい。資格喪失証明書の発行が不要の場合は記載の必要はございません。
- 被保険者証回収年月日 : 医師国保組合事務局で記載するので記載しないで下さい。
- 申請書下部の申請者の欄は、提出年月日、第1種組合員(医師組合員)の自宅住所、連絡先、氏名に署名捺印の上、提出して下さい。

【提出書類等】

第1種組合員(医師組合員)の資格喪失の場合

- ・ 国民健康保険被保険者資格喪失届
- ・ 被保険者証
- ・ 身元確認書類(個人番号カードの写しもしくは運転免許証の写し、パスポートの写し 等) いずれか一つ
- ・ 社会保険の被保険者証の写しまたは社会保険の資格取得年月日の確認できる書類(社会保険の資格取得により医師国保組合の被保険者でなくなる場合)
- ・ 国民健康保険高齢受給者証、国民健康保険限度額適用認定証、国民健康保険特定疾病療養受療証(交付を受けている場合)
- ・ 国民健康保険被保険者証紛失届(被保険者証を紛失等により返還できない場合)

第2種組合員(従業員)・第1種家族・第2種家族の喪失の場合

- ・ 国民健康保険被保険者資格喪失届
- ・ 被保険者証
- ・ 社会保険の被保険者証の写しまたは社会保険の資格取得年月日の確認できる書類(社会保険の資格取得により医師国保組合の被保険者でなくなる場合)
- ・ 国民健康保険高齢受給者証、国民健康保険限度額適用認定証、国民健康保険特定疾病療養受療証(交付を受けている場合)
- ・ 国民健康保険被保険者証紛失届(被保険者証を紛失等により返還できない場合)

【留意点】

資格喪失年月日以降は医師国保組合の被保険者証を使用することは出来ませんのでご注意ください。資格喪失後に医師国保組合の被保険者証を使用し医療機関を受診した場合、後日、医療費の医師国保組合負担分(7～8割分)を返還いただく場合がございます。

申請は事実発生の14日以内に提出して下さい。