

決 裁	理事長	事務長	課長(補)	係

台帳	入力	証明書	被保険者証
/	/	/	回収 /

受付日

国民健康保険被保険者資格喪失届

太枠内はすべてご記入ください。

被保険者証 記号・番号	—	資格喪失年月日	令和 年 月 日
----------------	---	---------	----------

(従業員退職日) (令和 年 月 日)

加入者氏名	第一種組合員 との続柄	性別	生年月日		資格喪失事由(※)	喪失証明書 の発行	
			個人番号				
1 (フリガナ)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 82.社保加入 (社保加入日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 84.死亡 <input type="checkbox"/> 87.その他(他国保加入等)	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
				個人番号欄 (斜線表示)			
2 (フリガナ)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 82.社保加入 (社保加入日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 84.死亡 <input type="checkbox"/> 87.その他(他国保加入等)	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
				個人番号欄 (斜線表示)			
3 (フリガナ)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 82.社保加入 (社保加入日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 84.死亡 <input type="checkbox"/> 87.その他(他国保加入等)	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
				個人番号欄 (斜線表示)			
4 (フリガナ)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 82.社保加入 (社保加入日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 84.死亡 <input type="checkbox"/> 87.その他(他国保加入等)	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
				個人番号欄 (斜線表示)			

上記のとおり、被保険者証を添えて届出いたします。

届出日 令和 年 月 日

長野県医師国民健康保険組合理事長 殿

第一種組合員
特別組合員

〒

住所 _____

氏名 _____

※(代理申請者氏名) (続柄)

《 誓 約 書 》

※ 被保険者証を返納できない場合記入

被保険者証紛失のため返納できませんが、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。

令和 年 月 日

長野県医師国民健康保険組合理事長 殿

第一種組合員
特別組合員
第二種組合員

署名 _____ (印)

※当組合は、届出によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。

※第一種組合員または特別組合員が死亡した場合は、当該組合員の氏名・住所をご記入いただき、代理申請者氏名と続柄を記入して下さい。

※資格喪失事由 82.社保加入：次に入する保険が健保組合、共済、協会けんぽ等の方
87.その他：次に入する保険が国保、国保組合の方

喪失年月日の書き方	
○喪失理由	○喪失年月日
82.社保加入	⇒ 加入日の翌日
84.死 亡	⇒ 死亡日の翌日
87.そ の 他	⇒ 他国保の加入の日 (退職日の翌日)