事務局使用欄

決裁	理事長	事務長	課長(補)	係

被保険者証回収日	受付日

国民健康保険被保険者資格喪失届

▽　申請書の項目は必ず全てご記入ください(ご記入方法は裏面参照)

被保険者証の記号番号		・	
喪失する被保険者氏名	枝番	種別	個人番号(マイナンバー)
		第一種組合員 または 第二種組合員	記入不要
		世　帯　員	記入不要
		世　帯　員	記入不要
		世　帯　員	記入不要
		世　帯　員	記入不要

資　格　喪　失　事　由

☐ 87. 退　職（ 退職日：　　年　　月　　日 ）　☐ 87.国 保　加 入（ 取得日：　　年　　月　　日 ）

☐ 84. 死　亡（ 死亡日：　　年　　月　　日 ）　☐ 82.社会保険加入（ 取得日：　　年　　月　　日 ）

☐ 87. そ の 他（ 異動日：　　年　　月　　日 ）／事由：

資　格　喪　失　証　明　書

☐ 必　　要（次に加入する保険が国保の場合）⇒　●送付先
☐ 被保険者証住所と同様
☐ 被保険者証住所と異なる(下記に記入)
〒　　ー

☐ 不　　要

TEL：　　ー　　ー

上記のとおり、**被保険者証**を添えて届出いたします。
長野県医師国民健康保険組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

第一種組合員または特別組合員(医師)
記 号 番 号 ：【　　－　　】

組合員氏名：

（ 代理人氏名：　　続柄：　　）

TEL：　　ー　　ー

誓約書(被保険者証を紛失した場合記入)

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。

長野県医師国民健康保険組合理事長　様

令和　　年　　月　　日

喪失者世帯の組合員

署　名：　　㊞

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。
また、取得した個人番号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。　(R6.1)

● 事実が発生した日から原則14日以内にご提出ください。
● 申請書の項目はすべて記入が必要です。漏れのないようにご記入ください。
なお、記入内容に不備があった場合は、書類を返送させていただきますのでご了承ください。

▽　喪失届記入方法

被保険者証の記号番号	喪失者の被保険者証に記載された「記号番号」を記入
個人番号（マイナンバー）	ご記入は不要です
喪失する被保険者氏名	組合員が喪失する場合は1段目、世帯員が喪失する場合は2段目以降に記入 なお、組合員が喪失する場合は世帯員の氏名も記入
枝番	喪失者の被保険者証に記載された「枝番」を記入
資格喪失事由	該当項目に✓を記入 カッコ内に事実が発生した年月日を記入 ※1 喪失事由「その他」に該当する例 ●勤務形態をそのまま（退職せず）に適用除外を取りやめて社会保険に移る場合 ●常勤でなくなった場合　等 ※2 社会保険とは …協会けんぽ・船員保険・健康保険組合・共済組合
資格喪失証明書	該当項目に✓を記入 必要な場合は送付先についても記入 ※喪失証明書は代行機関へ送付することはできません
資格喪失以後の連絡先	組合員死亡による喪失の場合、代理人氏名、続柄、連絡先を記入
誓約書欄	被保険者証を紛失した場合に喪失者世帯の組合員がご署名ご捺印ください