事務局使用欄

| 決裁 | 理事長 | 事務長 | 課長(補) | 係 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 受付日 |
|---|
| |

# 特別組合員資格喪失届

▽　申請書の項目は必ず全てご記入ください。

| 特別組合員氏名 | | 記号・番号 | ・ |
|---|---|---|---|
| 資格喪失事由 | □死　亡　（死亡日：　年　月　日）<br>□その他　（事由発生日：　年　月　日）／事由： | | |

**保険料返戻先口座**

喪失事由発生月の保険料が既に引き落としされている場合、当該月の保険料は返戻させていただきますので、お振込先をご記入ください。

□ 保険料引落口座へ振込
※口座が使用可能かどうかご確認ください

□ 振込先口座を指定する（下記に口座情報を記入）

| | |
|---|---|
| 金融機関名 | |
| 支店名 | |
| 口座種類 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 | □□□□□□□ 左詰めで記入 |
| 口座名義ｶﾅ | |

**● 注意事項（届出にあたり必ずご確認ください）**

・ 特別組合員の世帯員または特別組合員に紐づく第二種組合員が後期高齢者医療制度に加入したことにより、75歳未満の世帯員または第二種組合員が一人もいなくなったときは、当組合にて自動で喪失処理を行いますので届出は不要です。

・ 上記に当てはまらない場合は、別途、世帯員等の**被保険者資格喪失届**(被保険者証を添付)を提出してください。

上記のとおり必要書類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

特別組合員氏名：

（代理人氏名：　　続柄：　　）

TEL：　　－　　－

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)