

決 裁	理事長	事務長	課長(補)	係	台帳	データ入力	受付日
							年 月 日

特別組合員資格喪失届

別添のとおり世帯員等の「被保険者資格喪失届」を添えて届出いたします。

記号・番号		—			
資格喪失 年 月 日	年 月 日				資格喪失 理 由
1. 世帯員等が社保加入 2. 死 亡 (本人・世帯員等) 3. その他					
年 月 日 長野県医師国民健康保険組合理事長 殿 郡市医師会名 _____ 医 師 会 住 所 _____ 氏 名 _____ 印					

※当該世帯の世帯員または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1人もいなくなったときは組合で喪失処理をいたしますので、本書による届出は不要です。

注) 上記※以外の場合は、世帯員等の「被保険者資格喪失届(被保険者証添付)」を添付してください。

喪失年月日の書き方	
(喪失理由)	(喪失年月日)
1. 世帯員等が社保加入	⇒ 加入日の翌日
2. 死 亡	⇒ 死亡日の翌日
3. その他	⇒ 他国保等の加入の日