

決 裁	理事長	事務長	課長(補)	係

台帳	データ入力	被保険者証
		発行： 回収：

受付日

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者証 記号・番号	—	資格喪失日	年 月 日
被保険者コード ※記入不要	(フリガナ) 氏 名	第一種組合員・ 特別組合員(医 師)との続柄	性別
			生年月日
			個人番号(マイナンバー)
			職業
			資格喪失理由 (番号を記入)
			昭・平
			昭・平
			昭・平
			昭・平

82. 社保加入
社保加入日
(年 月 日)

84. 死 亡
(年 月 日)

87. その他
(他国民健康保険加入)

上記のとおり被保険者証を添えて届出いたします。

年 月 日

第一種組合員 (医師) 住 所 〒

特別組合員

氏 名 (印)

(※ 申請者氏名 (続柄:) (印))

長野県医師国民健康保険組合理事長 殿

従業員
退職日 年 月 日

資格喪失証明書が必要な場合は氏名記入 ⇒ 発行日：

誓 約 書

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。

年 月 日

第一種組合員・特別組合員・第二種組合員 氏 名 (印)

注意事項

- 資格喪失年月日は右記の書き方のとおり記入してください。
- この届には必ず被保険者証を添付してください。
- 被保険者コードは記入しないでください。
- 資格喪失の理由は事由記入欄に該当番号を記入してください。
- 事由発生の日より14日以内に届出してください。
- 「誓約書」は該当者のみ記入してください。
- 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・住所を記載していただき、※印欄に申請者氏名と続柄を記載、捺印して下さい。

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)