

決裁	理事長	事務長	課長(補)	係	資格確認書回収日	受付日

国民健康保険 被保険者資格喪失届

事実が発生した日から原則14日以内にご提出ください

被保険者 記号・番号	記号	番号	資格喪失日 (組合使用欄)	
種別	喪失する被保険者氏名		喪失事由・該当年月日	
第一種組合員 または 第二種組合員			☐ 退職 退職日：令和 年 月 日 ☐ 市町村国保・国保組合加入 加入日：令和 年 月 日 ※第二種組合員が常勤でなくなった場合は「その他」へ ☐ 社会保険（被用者保険）加入 加入日：令和 年 月 日 ※社会保険とは…全国健康保険協会（協会けんぽ）・健康保険組合・共済組合 ※退職せずに協会けんぽに移る場合を含む ※第二種組合員が常勤でなくなった場合は「その他」へ ☐ 死亡 死亡日：令和 年 月 日 ☐ その他 (事由：) 事由発生日：令和 年 月 日 ※「その他」に該当する例 ・常勤でなくなった場合（第二種組合員） ・医療・福祉の業務に従事しなくなったとき（第一種・特別組合員） ・長野県医師会員でなくなったとき（第一種・特別組合員） ・規約第4条に定める区域外へ転出したとき	
	個人番号			
世帯員				
個人番号				
世帯員				
個人番号				
世帯員				
個人番号				
世帯員				
個人番号				
資格喪失証明書				
☐ 必要（次に加える保険が国保の場合） ＜送付先＞ ☐ 被保険者住所と同様 ☐ 被保険者住所と異なる（下記に記入） ※代行機関へ送付することはできません 〒 — — ☐ 不要 TEL： — —				
誓約書（資格確認書を交付されている被保険者が返却できない場合に記入）				
資格確認書紛失のために生じた事故については、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 紛失した世帯の組合員 署名 _____				
上記のとおり申請します。 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） 氏名 ※第一種・特別組合員死亡の場合、代理人氏名・続柄・連絡先を記入 _____				

<添付書類> 資格確認書を交付されている場合「資格確認書」 ※「資格情報のお知らせ」は返却不要

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。