

常務理事	事務長	主事	係

受 付

様式第4号

国民健康保険被保険者資格喪失届 (正組合員用)

被保険者証 記号番号	9					資格喪失年月日	※組合で記入いたします。 平成・令和 年 月 日
---------------	---	--	--	--	--	---------	-----------------------------

医療機関	名 称							
	所在地	〒						
							電話	— —

1	氏名	(フリガナ) 氏(氏) (名)	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄		保険証 添付 減失 回収不能
	個人番号			喪失事由	該当する番号に○をつけてください。 1. 地区外転出 2. 社会保険加入 3. 生活保護開始 4. 死亡 5. その他 (退会/廃業/国保加入等)		平成 令和	年 月 日

2	氏名	(フリガナ) 氏(氏) (名)	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄		保険証 添付 減失 回収不能
	個人番号			喪失事由	該当する番号に○をつけてください。 1. 地区外転出 2. 社会保険加入 3. 生活保護開始 4. 死亡 5. その他 (退会/廃業/国保加入等)		平成 令和	年 月 日

3	氏名	(フリガナ) 氏(氏) (名)	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄		保険証 添付 減失 回収不能
	個人番号			喪失事由	該当する番号に○をつけてください。 1. 地区外転出 2. 社会保険加入 3. 生活保護開始 4. 死亡 5. その他 (退会/廃業/国保加入等)		平成 令和	年 月 日

上記のとおり必要書類を添えて届出します。

令和 年 月 日 〒 —

正組合員 住 所

氏 名 ⑩

個人番号

静岡県医師国民健康保険組合理事長 様

提出代行者記入欄 (社会保険労務士)	⑩
--------------------	---

【添付書類】 ・資格喪失する方の被保険者証

・被保険者証を減失、回収不能の場合は「被保険者証減失・回収不能届」

※ 記入方法等は裏面を参照願います。

※組合記入欄	証明書 送付先	医院・自宅・社労士	備考
--------	------------	-----------	----

様式第4号 国民健康保険被保険者資格喪失届 (正組合員用)

～ 正組合員または正組合員の家族が資格喪失する際、届出てください。～

【添付書類】

◎ 資格喪失する方全員の被保険者証

◎ 高齢受給者証、限度額適用認定証などの証 ※当組合から交付されている場合のみ

◎ 3ヵ月以上届出が遅れた場合のみ → ・「資格喪失届遅延理由書」
・資格喪失年月日が確認できる書類

【記入方法】

◆ 被保険者証記号番号

正組合員の被保険者証記号番号を記入

◆ 資格喪失年月日

※資格喪失年月日は組合にて記入いたしますので 未記入 をお願いいたします。

◆ 医療機関

正組合員が開業（勤務）している医療機関の名称、所在地、電話番号を記入

※ 自宅会員の場合は、自宅の住所、電話番号を記入

◆ 資格喪失者の欄

資格喪失する方の氏名、フリガナ、生年月日を記入

◆ 続柄

正組合員からみた続柄を記入（例：本人、妻、子 等）

◆ 個人番号

個人番号（マイナンバー）を記入

※ 個人番号の利用目的について

当組合は、被保険者の個人番号を番号利用法第9条別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

◆ 保険証

・添付、滅失、回収不能、いずれかを○で囲む

・証滅失、回収不能の場合には、あわせて「被保険者証滅失・回収不能届」を提出

◆ 喪失事由

資格喪失事由の中から該当番号を○で囲む

◆ 事由該当日

喪失事由に該当となった日付を記入

※ 喪失事由該当日について

事由番号	喪失事由	喪失事由該当日
1	地区外転出	地区外転出日
2	社会保険加入	社会保険資格取得日
3	生活保護開始	生活保護開始日
4	死亡	死亡日
5	その他	・退会・廃業日 ・市町村国保資格取得日 ・世帯を離れた日 等

◆ 申請者の欄

この書類を記入した日

正組合員の住所、氏名、印（個人印）、個人番号（マイナンバー）を記入

◆ 提出代行者記入欄

提出を代行した社会保険労務士が記入

【お願い】 事実が発生した日から14日以内に届け出てください。