

常務理事	事務長	次長	係

## 国民健康保険被保険者資格喪失届 (正組合員用)

R7.7まで

※組合で記入いたします

※太枠内は必ず記入してください。

記号番号	9	資格喪失年月日	令和	年	月	日
医療機関	名称					
	所在地					
1	氏名	(フリガナ)				
		(氏)	(名)	喪失事由		
	マイナンバー (個人番号)					
生年月日	昭 平 令	年	月	日	続柄	添付
						<input type="checkbox"/> 医師会退会 (退会日 : 年 月 日) <input type="checkbox"/> 休廃業 (休廃業日 : 年 月 日) <input type="checkbox"/> 社会保険加入 (取得日 : 年 月 日) <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日 : 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 (事由 : ) (該当日 : 年 月 日)
						<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 滅失・回収不能届 ※交付されている方のみ
2	氏名	(フリガナ)				
		(氏)	(名)	喪失事由		
	マイナンバー (個人番号)					
生年月日	昭 平 令	年	月	日	続柄	添付
						<input type="checkbox"/> 医師会退会 (退会日 : 年 月 日) <input type="checkbox"/> 休廃業 (休廃業日 : 年 月 日) <input type="checkbox"/> 社会保険加入 (取得日 : 年 月 日) <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日 : 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 (事由 : ) (該当日 : 年 月 日)
						<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 滅失・回収不能届 ※交付されている方のみ
3	氏名	(フリガナ)				
		(氏)	(名)	喪失事由		
	マイナンバー (個人番号)					
生年月日	昭 平 令	年	月	日	続柄	添付
						<input type="checkbox"/> 医師会退会 (退会日 : 年 月 日) <input type="checkbox"/> 休廃業 (休廃業日 : 年 月 日) <input type="checkbox"/> 社会保険加入 (取得日 : 年 月 日) <input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日 : 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 (事由 : ) (該当日 : 年 月 日)
						<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 滅失・回収不能届 ※交付されている方のみ

上記のとおり必要書類を添えて届出します。

令和 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_ マイナンバー (個人番号) \_\_\_\_\_

正組合員 氏名 \_\_\_\_\_

**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)	氏名 (事務所名)	担当者
-----------------------	--------------	-----

資格喪失証明書	必要 (送付先: 医院・自宅・その他) ・ 不要	※医院以外に送付する場合は、返信用封筒を同封してください。
---------	--------------------------	-------------------------------

**【添付書類】 被保険者証または資格確認書が交付されている方のみ**

- 資格喪失する方の被保険者証または資格確認書
- 被保険者証または資格確認書を添付できない場合は「被保険者証または資格確認書 滅失・回収不能届」

記入方法は裏面参照

※ 裏面へ →

## 【添付書類】

「被保険者証」または「資格確認書」	※当組合から交付されている場合のみ 資格喪失する方の「被保険者証」または「資格確認書」
限度額適用認定証	※当組合から交付されている場合のみ
資格喪失届遅延理由書	※3カ月以上届出が遅れた場合のみ 資格喪失年月日が確認できる書類を添付

## < 記入方法 >

記号番号	正組合員の記号番号を記入
資格喪失年月日	※資格喪失年月日は組合にて記入しますので未記入でお願いいたします
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）
マイナンバー（個人番号）	12桁のマイナンバーを記入 ※喪失事由が「死亡」の場合、当該者のマイナンバーの記載は不要
喪失事由	資格喪失事由に☑し、該当となった日付を記入 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師会退会 … 静岡県医師会を退会した日</li> <li>・ 休廃業 … 病院を休廃業した日</li> <li>・ 社会保険加入 … 社会保険の資格取得日</li> <li>・ 死亡 … 死亡日</li> <li>・ その他 … 事由と該当日を記入 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市町国保に加入する日</li> <li>・ 世帯を離れた日</li> <li>・ 地区外に転出した日 等</li> </ul> </li> </ul>
添付	※保険証または資格確認書が交付されている方のみ、添付する種別に☑ 添付できない場合は「被保険者証または資格確認書 滅失・回収不能届」を併せて提出
申請者の欄	この書類を記入した日、正組合員の住所、氏名、マイナンバー（個人番号）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の氏名（事務所名）、担当者名を記入

※マイナンバーの利用目的について

当組合は、被保険者のマイナンバーを番号利用法第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使用します。

**【お願い】 事実が発生した日から14日以内に届出てください。**

常務理事	事務長	次長	係

医師とご家族の資格喪失は  
こちらの用紙に記入してください。

## 国民健康保険被保険者資格喪失届 (正組合員用)

R7.7まで

※組合で記入いたします

※太枠内は必ず記入してください。

記号番号	1 2 9 0 0 0 2 0 0 0	資格喪失年月日	令和 年 月 日	
医療機関	名称	〇〇医院	電話番号	054-△△△-△△△△
	所在地	〒420-xxxx △△市〇〇区△△町 1-1		
1	氏名	(フリガナ) コクホ 太郎 (氏) 国保 太郎	喪失事由	<input checked="" type="checkbox"/> 医師会退会 (退会日 : 6年12月31日)
	マイナンバー (個人番号)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		<input type="checkbox"/> 休廃業 (休廃業日 : 年 月 日)
	生年月日	昭平令 39年 5月 3日		続柄
			添付	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 滅失・回収不能届 ※交付されている方のみ
2	氏名	(フリガナ) コクホ ハナコ (氏) 国保 花子	喪失事由	<input type="checkbox"/> 医師会退会 (退会日 : 年 月 日)
	マイナンバー (個人番号)	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8		<input type="checkbox"/> 休廃業 (休廃業日 : 年 月 日)
	生年月日	昭平令 41年 6月 5日		続柄
			添付	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 滅失・回収不能届 ※交付されている方のみ
3	氏名	(フリガナ) (氏) (名) (氏) (名)	喪失事由	<input type="checkbox"/> 医師会退会 (退会日 : 年 月 日)
	マイナンバー (個人番号)			<input type="checkbox"/> 休廃業 (休廃業日 : 年 月 日)
	生年月日	昭平令 年 月 日		続柄
			添付	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 滅失・回収不能届 ※交付されている方のみ

上記のとおり必要書類を添えて届出します。

令和 6年 12月 31日

〒420-xxxx

住所 〇〇市△△区〇〇町 5-5

正組合員

氏名 国保太郎

届出者は正組合員の  
医師になります。

マイナンバー  
(個人番号)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

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)	氏名 (事務所名)	担当者
-----------------------	--------------	-----

資格喪失 証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 (送付先 : 医院・ <input checked="" type="checkbox"/> 自宅・その他) ・不要	※医院以外に送付する場合は、返信用封筒を同封してください。
-------------	---	-------------------------------

【添付書類】 被保険者証または資格確認書が交付されている方のみ

○資格喪失する方の被保険者証または資格確認書

○被保険者証または資格確認書を添付できない場合は「被保険者証または資格確認書 滅失・回収不能届」

記入方法は裏面参照

※ 裏面へ →