回覧	理事長	副理事長	常務理事	事務長	主任	主事	担当	台帳整理 特定台帳整理 証回収 保険料調定		受　付

国民健康保険被保険者資格喪失届

離職日の翌日

記号番号		資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日

資格喪失者の氏名	第一種との続柄	性別	生　年　月　日	資格喪失理由（今後、加入する予定の保険の種別）
		男 女	昭和・平成・令和 年　月　日	
	個人番号			社会保険加入 生活扶助開始 死　亡 そ　の　他
		男 女	昭和・平成・令和 年　月　日	
	個人番号			
		男 女	昭和・平成・令和 年　月　日	
	個人番号			
		男 女	昭和・平成・令和 年　月　日	
	個人番号			
		男 女	昭和・平成・令和 年　月　日	
	個人番号			

※喪失証明書が必要な方は、下記に送付先を記入してください。（今後市町村の国民健康保険に加入される場合は必要となります。）
（〒　　－　　）

上記のとおり届出します。

令和　　年　　月　　日

医療機関住所

第一種組合員　医療機関名

氏　　名　　㊞

山梨県医師国民健康保険組合理事長　　殿

誓　約　書

資格確認書を返還出来ませんが、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。

令和　　年　　月　　日

住　　所

第一種組合員

氏　　名　　㊞

※被保険者の個人情報は、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。

届出代行者　事業所名称
担当者名
連絡先電話番号

・**家族の喪失**の際は**新しく加入した保険者がわかる書類等**（資格情報のお知らせ・資格確認書）**のコピー**を添付してください。
・資格喪失年月日は、**事実の発生した翌日**をご記入ください。
（例：３月３１日離職　→　４月１日）

・資格確認書・高齢受給者証をお持ちの方は返却してください。
※誓約書は、**資格確認書が添付できない時**にご記入ください。
マイナ保険証をお使いの方は添付書類ありません。