

回 覧	理事長	副理 事長	常務 理事	事務長	課長 補佐	主任	主事	担当	台帳整理		受 付
									特定台帳 整理 証回収 保険料調定		

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 予定の保険の種類)
		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						
		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。) (〒)							
上記のとおり被保険者証又は資格確認書を添えて届出します。							
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							
被保険者証又は資格確認書を紛失した為、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							

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。

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（保険証・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。

※誓約書は、被保険者証または資格確認証紛失時のみご記入ください。

※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)