

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 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) 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									
				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 (印) 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 (印)											

・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・高年齢受給者証をお持ちの方は返却してください。
 ・資格確認書は、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。
 ・資格確認書・高年齢受給者証をお持ちの方は返却してください。
 ・資格確認書は、資格確認書が添付できない時にご記入ください。
 ・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)

※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