

包括資格喪失（脱退）の届出について

◇正組合員を始め、被保険者の資格喪失の届出に関するご案内です。

正組合員が、医療や福祉業務に従事しなくなった・医師会を退会した・他の保険に加入した、死亡した等の場合に申請ください。

◇資格喪失する被保険者が正組合員以外である場合は、この申請書は使用いただけません。

◇下記事項をご確認の上、事実が発生した日から原則14日以内にご提出願います。

○提出書類○

包括資格喪失(脱退)届	当組合ホームページよりダウンロードいただけます。 http://www.aichi-isikokuho.or.jp
被 保 険 者 証	加入者全員分の返却をお願いします。 (75歳以上の第二正組合員は「第二正組合員証」)
証 明 書 類	すでに新しく保険に加入されている場合は、新しい被保険者証の写し、または、加入証明書の写し。

○確認事項○

記号番号、被保険者氏名、正組合員との続柄の記入	加入者全員分をご記入ください。
資格喪失事由、該当年月日の記入	該当箇所にレ点をつけ、事実が発生した年月日をご記入ください。 資格喪失日は、裏面の表の通りとなります。
資格喪失証明書の要・不要を記入	新しく健康保険に加入される際にご利用ください。 無記入の場合は、診療所もしくは自宅住所へ郵送いたします。
資格喪失以後の連絡先の記入	本手続きに関する連絡先をご記入ください。 手続き完了後に、「保険料領収書」を送付いたします。 ※組合員の葬祭に係る喪失の場合は、ご遺族連絡先と、組合員との続柄をご記入願います。
届出代行者欄の記入	正組合員以外の方（家族・事務担当者・代行機関等）が申請を行う場合にご記入ください。
正組合員の署名・捺印	本手続きは、正組合員の署名・捺印がない場合は手続きいたしかねますので、必ずご確認ください。 ※組合員の葬祭に係る喪失の場合は、ご遺族の署名・捺印をお願いします。

○注意事項○

- ・資格喪失の際、被保険者証の返却が必須です。紛失された場合、「再交付申請書（未回収届）」をご提出ください。
- ・正組合員の葬祭に係る場合、別途書類を郵送いたしますので、本組合までご連絡ください。
- ・申請内容に不備があった場合は、書類を返送させていただきますので、ご了承ください。

包括資格喪失（脱退）の届出について

○資格喪失年月日○

資格喪失事由	資格喪失年月日	備 考
医療機関の 休業・廃業（閉院）	休・廃業日の翌日	
医師会退会	医師会退会日の翌日	
国民健康保険加入	国民健康保険の 資格取得日と同日	国民健康保険＝市町村の国民健康保険・国民健康 保険組合 ※同一世帯内で市町村国保と医師国保の混在はで きません。
社会保険加入	社会保険の 資格取得日の翌日	社会保険＝全国健康保険協会（協会けんぽ）・ 船員保険・健康保険組合・共済組合
死 亡	死 亡 日 の 翌 日	
障 害 に よ る 後期高齢者医療加入	後期高齢者医療 資格取得日の翌日	65歳以上で広域連合の認定を受け、後期高齢者医療 に加入した場合。
転 出	転 出 日 と 同 日	愛知・岐阜・三重・静岡・長野県以外の都道府県 へ転出する場合。

○連絡先○

愛知県医師国民健康保険組合

所在地：〒460-0008 名古屋市中区栄四丁目14番28号 愛知県医師会館5階

TEL：052-263-1688 FAX：052-263-1748

業務日：月曜日～金曜日（9:00～12:00、13:00～17:00）

土日祝日・夏季休暇・年末年始は休業いたします。

※お問い合わせいただく際、本組合被保険者の方は必ず「被保険者証記号番号」をご確認の上、
ご連絡いただきますよう、よろしく願い申し上げます。

国民健康保険被保険者包括資格喪失(脱退)届

被保険者証 (第二正組合員証) の記号番号	—
--------------------------	---

被保険者氏名	組合員種別	個人番号(マイナンバー)
	正組合員	

資格喪失事由 (該当箇所に☑をつけ、その年月日を記入)

<input type="checkbox"/> 医師会退会 (退会日:平成 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 休廃業 (休廃業日:平成 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 国民健康保険加入 (取得日:平成 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日:平成 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 社会保険加入 (取得日:平成 年 月 日)	
<input type="checkbox"/> その他 (異動日:平成 年 月 日/事由:)	

資格喪失証明書	<input type="checkbox"/> 必要 (正組合員自宅・医療機関) ※代行機関への送付は致しかねます。 その他 送付先住所・宛名 〒 —	資格喪失以後の連絡先	住所: 〒 —
	<input type="checkbox"/> 不必要		氏名: 電話番号: — —

上記のとおり被保険者証及び必要書類を添えて届けます。

愛知県医師国民健康保険組合理事長様

平成 年 月 日

個人番号 (マイナンバー) []

自宅住所

正組合員氏名 [] (印)

届出代行者(担当者)	事業所名称:
	担当者氏名:
	連絡先: — —

組合記入欄	《資格喪失年月日》 平成 年 月 日	《被保険者証回収》	《回収日》 ※受付日と異なる場合のみ記入	《受付印》
	《処理確認》 <input type="checkbox"/> 同月内喪失 <input type="checkbox"/> 家族市町村国保加入 <input type="checkbox"/> 二年以上遡及喪失 <input type="checkbox"/> 組合員交代(- - へ)	《備考》 担当者: 様へ連絡(確認)済み		

※ 各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、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。

【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、番号法別表第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する。