

国民健康保険被保険者資格喪失届

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号	—	—
---------------------	---	---

※家族の喪失は二段目から記入

被 保 険 者 氏 名	組 合 員 種 別	個 人 番 号（マイナンバー）		
	准組合員	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	家 族	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	家 族	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	家 族	1 2 3	4 5 6	7 8 9
	家 族	1 2 3	4 5 6	7 8 9

資格喪失事由（該当箇所に☑をつけ、その年月日を記入）

☐ 退 職（退職日：		年		月		日）	☐ 国民健康保険加入（取得日：		年		月		日）
☐ 死 亡（死亡日：		年		月		日）	☐ 社会保険加入 （取得日：		年		月		日）
☐ その他（異動日：		年		月		日／事由：							）

資格喪失証明書	☐ 必要（正組合員自宅・医療機関・本人自宅） ※代行機関への送付はいたしかねます。 その他 送付先住所 ・ 宛名 〒 ー	資格喪失以後の連絡先	住 所：〒 ー
	☐ 不必要		氏 名： 電話番号： ー ー

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

令和 年 月 日

正組合員

個人番号 (マイナンバー)									
自宅住所									
氏名									

(印)

准組合員	個人番号 (マイナンバー)										
	自宅住所										
	氏 名										

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》 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》 ☐ 同月内喪失 ☐ 家族市町村国保加入 ☐ 二年以上遡及喪失 ☐ 組合員交代(- - 〜)	《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】

本組合は、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、保険料の徴収又は保健事業の実施に関する事務」において適用、給付及び徴収業務で利用する。

◇事実が発生した日から原則１４日以内にご提出ください。

◇申請書の項目はすべて記入が必要です。漏れのないよう記入してください。

なお、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。

◇正組合員が資格喪失する場合は、この申請書はご使用いただけません。

《 記入方法及び注意点 》

記 号 番 号	被保険者証に記載されている「記号番号」を記入してください。
被 保 険 者 氏 名	准組合員は一段目、組合員家族は二段目から氏名を記入してください。 また、准組合員が資格喪失する場合は、加入している家族の氏名の記入も必要です。
個人番号(マイナンバー)	通知カード又は個人番号カード等に記載の個人番号（１２桁）を記入してください。
資 格 喪 失 事 由	該当箇所にし点をつけ、事実が発生した年月日を記入してください。
資 格 喪 失 証 明 書	必要・不必要のいずれかにし点を記入し、必要の場合は送付先を記入してください。 なお、喪失証明書は代行機関へ送付することはできません。 資格喪失証明書は新しく健康保険に加入される際にご利用ください。
資格喪失以後の連絡先	死亡による喪失の場合は、ご遺族の連絡先と組合員との続柄を記入してください。
届出代行者(担当者)	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記入してください。
正組合員の署名・捺印	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。
准組合員の署名・捺印	准組合員及び准組合員家族の資格喪失の場合に必要です。 准組合員が退職により資格喪失される場合に限り、准組合員の捺印がなくても受理いたします。 ※組合員の葬祭に係る資格喪失の場合は、ご遺族の署名・捺印をお願いいたします。

《 必要書類について 》

被 保 険 者 証	・ 准組合員が資格喪失する場合…加入している家族全員分返却 ・ 組合員家族のみが資格喪失する場合…該当者分のみ返却 ※紛失された場合は「再交付申請書（未回収届）」をご提出ください。
加 入 証 明 ※１	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。
退 職 証 明 ※２	退職日の確認ができる書類（退職届（写）・退職証明書）

※１…喪失事由「国民健康保険加入」もしくは「社会保険加入」の際に添付

※２…喪失事由「退職」の際に添付

《資格喪失年月日について》

資格喪失年月日についてのご案内です。資格喪失事由により資格喪失年月日は異なりますので、下記の表にてご確認ください。

資格喪失事由	資格喪失年月日	備 考
退 職	退 職 日 の 翌 日	准組合員が退職する場合のみ。 ※家族の場合は、「退職」は喪失事由にあたりません
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
世 帯 分 離	世 帯 分 離 し た 日 と 同 日	組合員家族が、組合員と世帯が離れる場合

※本組合の組合員資格喪失年月日以降の受診については、本組合からの給付は受けられません。すでに受診されている場合は、速やかに受診した病院等の窓口で新しい保険証をご提示の上、保険が変更となった事をお伝えください。

愛 知 県 医 師 国 民 健 康 保 険 組 合

〒455-0031 愛知県名古屋市港区千鳥1丁目13-22

公益社団法人 愛知県医師会 仮事務所 2 階

TEL：052-228-3151 FAX：052-228-3152

業務日及び時間：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。

※電話でのお問い合わせの際、本組合被保険者の方は必ず被保険者証記号番号を確認の上、ご連絡いただきますようお願い申し上げます。