

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者証 記号番号	正組合員 4桁の数字 準組合員 7桁の数字	資格喪失年月日	※退職日の翌日(注1) 死亡の場合は死亡日の翌日
氏名	正組合員との続柄 <small>前期高齢対象者に○印</small>	資格喪失理由	
1 愛知 太郎	従業員	・ 社会保険加入 ・ 死亡 ・ 生活保護開始 ・ その他 備考 ※注2	
2 花子	従業員の妻		
3 一郎	従業員の長男		
4			
5	※ 資格を喪失される方の氏名をご記入下さい。 (組合員資格喪失の場合は加入家族全員の氏名)		

転社 出保 先加 又入 は先	記号番号	302869	転社 出保 先加 又入 は先	世帯主又は被保険者名	名古屋市 234061
	世帯主又は被保険者名	愛知 太郎		世帯主又は被保険者名	
	世帯主又は被保険者との続	本人・妻・長男		世帯主又は被保険者との続	
	資格取得年月日	平成22年4月1日 予定		資格取得年月日	平成 年 月 日
	事業名称			事業名称	
	事業所在地			事業所在地	

※次に入られる国保又は社保をご記入下さい。予定のものでも結構です。

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。 **必ず保険証をご添付下さい**

平成 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 ← 申請日(資格喪失年月日以降の日をご記入下さい)

正組合員住所	診療所住所・電話番号 及び院長の署名・捺印 (ゴム印可...但しご捺印を忘れずに)	(印) 必ずご捺印下さい
氏名		
電話番号		

- 注1 資格は喪失日の前日までです。
 例: 4月末日までの資格の場合 喪失年月日は5月1日
- 注2 喪失証明書等が必要な場合は備考欄にご記入下さい。

- ※ 保険料の調整は届出をされた翌月に行います。
 月の途中で資格喪失はその月の保険料はかかりません。
- ※ 届出用紙のコピー等は使用しないで下さい。