

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者証	被保険者帳	電算入力	被保険者簿	被保険者異動連絡票	収入源簿

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者証 記号番号		資格喪失年月日 (※下記注意事項を ご確認の上ご記入 ください)	令和 年 月 日
氏名	正組合員との 続柄	前期高齢 対象者に ○印	資格喪失理由
1			・社会保険加入 ・死亡 ・生活保護開始 ・その他
2			備考
3			
4			
5			

転社 出保 先加 又入 は先	記号番号	
	保険者名	
	世帯主又は 被保険者名	
	世帯主又は被 保険者との続柄	
	資格取得年月日	年 月 日
	事業所 名称	
所在地		

転社 出保 先加 又入 は先	記号番号	
	保険者名	
	世帯主又は 被保険者名	
	世帯主又は被 保険者との続柄	
	資格取得年月日	年 月 日
	事業所 名称	
所在地		

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

令和 年 月 日

正組合員 住所

氏名

印

電話番号 ()

愛知県歯科医師国民健康保険組合理事長様

※注) 資格喪失日は退職日の翌日(死亡の場合は死亡日の翌日)、または保険有効日の翌日です。
資格喪失日以降被保険者証は使用できません。