

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	前期高齢 対象者に ○印	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 ・ <u>そ の 他</u> 備 考 ※注2 <<記入例>> 喪失証明必要 〒460-0000 名古屋市東区▲▲-○○ ××マンション103号室 愛知 太郎 まで
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	記号番号	
	保険者名	名古屋市 234061		保険者名	
	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	令和1年5月1日 予定		資格取得年月日	令和 年 月 日
	事業所 所在地			事業所 所在地	
	事業所 所在地			事業所 所在地	

※次に入られる国保又は
社保をご記入下さい。

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

令和 ○○ 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
氏名
電話番号

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)

必ず
ご捺印下さい

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。

送付先のご希望があれば、併せてご記入下さい。

※ 保険料の調整は届出をされた翌月に行います。

月の途中での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。