

台帳整理
 特定台帳整理
 被保険者証回収
 保険料調定

受付

国民健康保険被保険者資格喪失届

退職日の翌日

被保険者証記号番号				資格喪失年月日	令和 年 月 日
資格喪失者の氏名	第一種との続柄	性別	生 年 月 日		資格喪失理由 (今後、加入する予定の保険の種別)
		男女	昭和・平成・令和 年 月 日		
	個人番号				社会保険加入
		男女	昭和・平成・令和 年 月 日		
	個人番号				生活扶助開始
		男女	昭和・平成・令和 年 月 日		
	個人番号				死 亡
		男女	昭和・平成・令和 年 月 日		
	個人番号				そ の 他
		男女	昭和・平成・令和 年 月 日		
	個人番号				世帯主後期該当 (注1)
		男女	昭和・平成・令和 年 月 日		

※喪失証明書が必要な方は、下記に送付先を記入してください。(今後市町村の国民健康保険に加入される場合は必要となります。)
 (〒 -)

上記のとおり被保険者証を添えて届出します。

令和 年 月 日

医療機関住所

第一種組合員 医療機関名

氏 名

印

山梨県医師国民健康保険組合理事長 殿

誓 約 書

被保険者証紛失のため、返還出来ませんが、資格喪失後の診療については、貴組合に負担をかけることを誓約いたします。

令和 年 月 日

住 所

第一種組合員

氏 名

印

(注1)“世帯主後期該当”とは、第一種組合員もしくは第二種組合員が後期高齢者医療制度へ移行することに伴い、その扶養ははずれる場合のこと

必ず被保険者証を添えて提出してください。
 家族の喪失の際は新しい保険証のコピーを添付してください。

※ 誓約書は、被保険者証紛失時のみご記入ください。
 ※ 資格喪失年月日は、事実の発生した翌日をご記入ください。
 (例) 3月31日退職 ↓ 4月1日

届出代行者 事業所名称
 担 当 者
 連絡先電話番号