

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者台帳	被保険者証	異動整理簿	保険料徴収	被保マスタ	総合システム

被保険者証の記号番号	① 60 - 12345-000	資格喪失年月日	② 令和 2年 4月 2日			
組合員又は 准組合員 家族 家族 家族 家族 家族	③ 被保険者資格喪失者氏名	⑤ 組合員又は准組合員との続柄	⑥ 喪失理由	⑦ 喪失証明書 被保険者証の返却	⑧ 備考	
	④ 個人番号			要・不要		
	島根 さくら			子 社保加入		有・無(廃棄・紛失)
	6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6					有・無(廃棄・紛失)
						要・不要
						有・無(廃棄・紛失)
						要・不要
		有・無(廃棄・紛失)				

上記のとおり、被保険者証を添えてお届けいたします。

⑨ 令和 2年 4月 10日

⑩ 准組合員
氏名 _____
個人番号 _____
私は、この届出の提出を下記の者に委任します。

※准組合員世帯について変更の場合は代理人

⑪ 組合員
(医療機関)
所在地 (〒690-0049) 松江市袖師町〇番△△号
名称 医療法人 島根医院
氏名 島根 一郎
個人番号 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
電話 0852-12-3456

島根県医師国民健康保険組合理事長 様

【記入例】

組合員家族が就職により社会保険に加入した場合

【記入要領】

- 被保険者証の記号番号を記入
- 資格喪失年月日を記入
・被保険者である日の翌日
・社会保険に加入する(した)場合は社会保険加入日の翌日(医師国保組合に3月31日まで加入していた場合は4月2日になります)
- 喪失される方の氏名を記入
- 個人番号(マイナンバー)を記入
- 組合員又は准組合員(従業員)との続柄を記入(妻・子・父・母・兄・弟・姉・妹など)
- 喪失理由を記入(社保加入・後期高齢者医療制度へ異動・廃院・退職・死亡など)
- 喪失証明書の要否の該当に○を記入(本証明書は市町村国保等の保険者加入時必要となります)
- 特記すべき事項があれば「備考」欄に記入
- 本書の届出日を記入
- 准組合員(従業員)が包括資格喪失を行う場合は氏名・個人番号(マイナンバー)を記入のうえ押印のこと
- 組合員(事業主)の医療機関情報(郵便番号・住所・医療機関名称・電話番号)、氏名・個人番号(マイナンバー)を記入のうえ押印のこと

【概要】

- 被保険者が資格を喪失する時に使用して下さい。
- 組合員または准組合員が資格を喪失される場合は被保険者全員が同時喪失することになります。その場合は、国民健康保険被保険者包括資格喪失届(様式第2号)にて喪失手続きを行って下さい。
- 組合員が資格を喪失される場合は准組合員世帯を含む被保険者全員が同時喪失することになります。その場合は、国民健康保険被保険者包括資格喪失届(様式第2号)にて喪失手続きを行って下さい。
- 社保加入・その他の場合は証明書を添付して下さい。
- 資格喪失証明書は社保加入の場合は不要です。

島根県医師国保組合運営規程〔抜粋〕

(脱退の届出)

第9条 組合員が、死亡又は県外転出若しくは他法による被保険者となったため組合を脱退するときは、国民健康保険被保険者包括資格喪失届(様式第2号)に被保険者証を添えて、理事長に届け出なければならない。

2 組合員は、被保険者である家族及び准組合員が被保険者の資格を喪失したときは、国民健康保険被保険者資格喪失届(様式第2号-2)に被保険者証を添えて、理事長に届け出なければならない。

【注意事項】

- ④⑪「個人番号」の枠に記入がある場合は、必ず「個人情報保護シール」を貼り付けて下さい。
- 届出の事由発生後、14日以内に提出して下さい。

【お問合せ先】

島根県医師国民健康保険組合

〒690-8535

松江市袖師町1番31号 島根県医師会館内

TEL : 0852-26-3100

FAX : 0852-26-3104

E-mail : isi-kokuho@ns.shimane.med.or.jp