

## 国民健康保険被保険者包括資格喪失(脱退)届

記号番号	—												
被保険者氏名	組合員種別	個人番号(マイナンバー)											
	正組合員	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
		—	—	—	—	—	—	—	—	—			
		—	—	—	—	—	—	—	—	—			
		—	—	—	—	—	—	—	—	—			
		—	—	—	—	—	—	—	—	—			
		—	—	—	—	—	—	—	—	—			
		—	—	—	—	—	—	—	—	—			
		—	—	—	—	—	—	—	—	—			
資格喪失事由(該当箇所に☑をつけて、その年月日を記入)													
<input type="checkbox"/> 医師会退会 (退会日: 年 月 日)			<input type="checkbox"/> 死亡 (死亡日: 年 月 日)										
<input type="checkbox"/> 国民健康保険加入 (取得日: 年 月 日)			<input type="checkbox"/> 社会保険加入 (取得日: 年 月 日)										
<input type="checkbox"/> その他 (異動日: 年 月 日／事由: )													
資格喪失証明書	<input type="checkbox"/> 必要(正組合員自宅・医療機関) ※代行機関への送付はいたしかねます。 その他 送付先住所・宛名 〒 _____			資格喪失以後の連絡先	住所: 〒 _____								
					氏名:								
	<input type="checkbox"/> 不必要				電話番号: _____								

上記のとおり必要書類を添えて届けます。

## 愛知県医師国民健康保険組合理事長様

令和 年 月 日

個人番号  
(マイナンバー)    |    |    |

## 自宅住所

正組會員氏名

届出代行者(担当者) 事業所名称 :  
担当者氏名 :  
連絡先 : — —

組合記入欄	《資格喪失年月日》 年 月 日	《資格確認書回収》	《回収日》 ※受付日と異なる場合のみ記入	《受付印》
	《処理確認》 <input type="checkbox"/> 同月内喪失 <input type="checkbox"/> 家族市町村国保加入 <input type="checkbox"/> 二年以上遡及喪失 <input type="checkbox"/> 組合員交代( - - - - - )	《備考》 担当者: _____	様へ連絡(確認)済み	

## 【個人番号の利用目的について】

本組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表の第44項「国民健康保険法による保険給付の支給、保険料の徴収又は保健事業の実施に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用する。

※各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報は、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。  
※DVや虐待等被害者保護の観点より、加害者に住所等を知られたくない場合にはご連絡ください。

- ◇事実が発生した日から原則14日以内にご提出ください。
- ◇申請書の項目はすべて記入が必要です。漏れのないよう記入してください。  
なお、申請内容に不備があった場合は、書類を返送させていただきますのでご了承ください。
- ◇資格喪失する被保険者が正組合員以外である場合は、この申請書は使用いただけません。
- ◇正組合員の葬祭に係る喪失の場合、別途書類を郵送いたしますので、本組合までご連絡ください。

## 《 記入方法及び注意点 》

記号番号	資格情報のお知らせ及び資格確認書(※)に記載されている「記号番号」を記入してください。 ※第二正組合員の場合は第二正組合員証
被保険者氏名	加入者全員分を記入してください。
個人番号(マイナンバー)	通知カード又は個人番号カード等に記載の個人番号(12桁)を記入してください。
資格喪失事由	該当箇所にレ点を記入し、事実が発生した年月日を記入してください。
資格喪失証明書	必要・不要のいずれかにレ点を記入し、必要な場合は送付先を記入してください。 なお、喪失証明書は代行機関へお送りすることはできません。 資格喪失証明書は新しく健康保険に加入される際にご利用ください。
資格喪失以後の連絡先	本手続きに関する連絡先を記入してください。手続き完了後に「保険料領収書」を送付いたします。 ※死亡による喪失の場合は、ご遺族の連絡先と組合員との続柄をご記入ください。
届出代行者(担当者)	組合員以外の方(家族・事務担当者・代行機関等)が申請を行う場合に記入してください。
正組合員の署名	正組合員の署名がない場合は手続きいたしかねますので、必ずご確認ください。 ※死亡による喪失の場合は、ご遺族の署名をお願いいたします。

## 《 必要書類について 》

資格確認書	加入者全員分を返却(75歳以上の第二正組合員は「第二正組合員証」) ※紛失された場合は「再交付申請書(未回収届)」をご提出ください。
加入証明※1	すでに新しく保険に加入されている場合は、資格確認書の写し、または、加入先の資格情報のお知らせの写し。

※1…喪失事由「国民健康保険加入」もしくは「社会保険加入」の際に添付

## 《資格喪失年月日について》

資格喪失年月日についてのご案内です。資格喪失事由により資格喪失年月日は異なりますので、下記の表にてご確認ください。

資格喪失事由	資格喪失年月日	備 考
医 師 会 退 会	医師会退会日の翌日	
国民健康保険加入	國 民 健 康 保 険 の 資 格 取 得 日 と 同 日	国民健康保険=市町村の国民健康保険・国民健康保険組合 ※同一世帯内で市町村国保と医師国保の混在はできません
社 会 保 険 加 入	社 会 保 険 の 資 格 取 得 日 の 翌 日	社会保険=全国健康保険協会(協会けんぽ)・船員保険・健康保険組合・共済組合
死 亡	死 亡 日 の 翌 日	
障 害 に よ る 後 期 高 齢 者 医 療 加 入	後 期 高 齢 者 医 療 資 格 取 得 日 の 翌 日	65歳以上で広域連合の認定を受け、後期高齢者医療に加入した場合
転 出	転 出 日 と 同 日	愛知・岐阜・三重・静岡・長野県以外の都道府県へ転出する場合

※本組合の組合員資格喪失年月日以降の受診については、本組合からの給付は受けられません。すでに受診されている場合は、速やかに受診した病院等の窓口で保険者が変更となった事をお伝えください。

### 愛 知 県 医 師 国 民 健 康 保 険 組 合

〒455-0031 愛知県名古屋市港区千鳥1丁目13-22

公益社団法人 愛知県医師会 仮事務所2階

TEL: 052-228-3151

業務日及び時間: 月曜日～金曜日 (9:00～12:00、13:00～17:00)

土日祝日・夏季休暇・年末年始は休業いたします。

※電話でのお問い合わせの際、本組合被保険者の方は必ず記号番号を確認の上、ご連絡いただきますようお願い申し上げます。