

国民健康保険被保険者包括資格喪失(脱退)届

被 保 険 者 証 (第二正組合員証) の 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、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"/> 休廃業 (休廃業日: 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 国民健康保険加入 (取得日: 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 死 亡 (死亡日: 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: 〒 —
	<input type="checkbox"/> 不必要		氏 名: 電話番号: — —

上記のとおり被保険者証及び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

正組合員氏名

印

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	《被保険者証回収》	《回収日》 <small>※受付日と異なる場合のみ記入</small>	《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(- - へ)	《備考》 担当者: 様へ連絡(確認)済み		

※ 各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、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。

【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、番号法別表第1の第30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。

◇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	正組合員の被保険者証に記載されている「記号番号」を記入してください。 ※75歳以上の第二正組合員は、第二正組合員証の「番号」を記入してください。
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	該当箇所にし点を記入し、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・不必要のいずれかにし点を記入し、必要の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。 ※組合員の葬祭に係る喪失の場合は、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・捺印	正組合員の署名・捺印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。 ※組合員の葬祭に係る喪失の場合は、ご遺族の署名・捺印をお願いいたします。

《 必要書類について 》

被 保 険 者 証	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、新しい被保険者証の写し、または、加入証明書の写し。

※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
医療機関の 休業・廃業（閉院）	休・廃業日の翌日	
医師会退会	医師会退会日の翌日	
国民健康保険加入	国民健康保険の 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新しい保険証をご提示の上、保険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

〒460-0008

名古屋市中区栄四丁目14番28号 愛知県医師会館5階

TEL：052-263-1688 FAX：052-263-1748

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被保険者証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。