

決裁	常務理事	事務長	課長	係
	平成 年 月 日			

甲種組合員

国民健康保険被保険者資格喪失届

裏面の記入上の注意をよく
お読みのうえご記入下さい。

(注意事項)

○この届には、被保険者証を必ず添付して下さい。なお、添付することができない場合は、「被保険者証紛失届(様式第5号)」を必ずご提出下さい。
○社会保険に加入した場合には、その被保険者証の写しを添付して下さい。
○死亡による届出には、死亡診断書の写しを添付して下さい。

甲種組合員 被保険者証 記号・番号	記号	番号	喪失区分	① 甲種組合員 ② 乙種組合員	③ 家族の一部喪失	ア 甲種 イ 乙種	資格喪失 年月日	平成 年 月 日 (退職、後期制度加入、社保加入、死亡の場合はその日の翌日を記入)
	福医	031234000						
資格喪失する者の 被保険者証番号	資格喪失する者の氏名		生年月日	個人番号		資格喪失理由		資格喪失証明書送付先
1234000	フリガナ コクホ 国保	タロウ 太郎	大・昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日	1234	××××	××××	① 医師会退会 ② 後期高齢者医療制度加入 ③ 退職 (退職日: 年 月 日) ④ 社会保険加入 ⑤ 死亡 ⑥ 国保加入 ⑦ その他	〒812-0016 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号 TEL (092) 431 - 1988
1234000	フリガナ コクホ 国保	ハナコ 花子	大・昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日	2345	××××	××××	① 医師会退会 ② 後期高齢者医療制度加入 ③ 退職 (退職日: 年 月 日) ④ 社会保険加入 ⑤ 死亡 ⑥ 国保加入 ⑦ その他	〒 - - 同 上 TEL () -
	フリガナ		大・昭・平 年 月 日				① 医師会退会 ② 後期高齢者医療制度加入 ③ 退職 (退職日: 年 月 日) ④ 社会保険加入 ⑤ 死亡 ⑥ 国保加入 ⑦ その他	〒 - - TEL () -
	フリガナ		大・昭・平 年 月 日				① 医師会退会 ② 後期高齢者医療制度加入 ③ 退職 (退職日: 年 月 日) ④ 社会保険加入 ⑤ 死亡 ⑥ 国保加入 ⑦ その他	〒 - - TEL () -
	フリガナ		大・昭・平 年 月 日				① 医師会退会 ② 後期高齢者医療制度加入 ③ 退職 (退職日: 年 月 日) ④ 社会保険加入 ⑤ 死亡 ⑥ 国保加入 ⑦ その他	〒 - - TEL () -

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

平成 年 月 日 提出

〒812-0016 TEL (092) 431 - 1988

甲種組合員 住 所 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号
氏 名 国保 花子

福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿



処理欄	受付印	電算入力	被保険者証 回収	納入告知書	喪失証明書 交付	異動整理簿

おもな記入上の注意点

記入箇所	注 意 点
甲種組合員 被保険者証 記号・番号	甲種組合員の被保険者証の記号（2桁）と番号（7桁）の左4桁をご記入下さい。 甲種組合員が後期高齢者組合員の場合は、当組合発行の「後期高齢者組合員証」の記号・番号をご記入下さい。
喪 失 区 分	喪失する方の該当するいずれかに○をつけて下さい。
資格喪失年月日	資格喪失理由が「1、2、3、4、5」の場合は、その理由が発生した日の翌日を記入して下さい。 資格喪失理由が「6」の場合は、その日をご記入下さい。
資格喪失する者の 被保険者証番号	喪失する方の被保険者証の番号（7桁）をご記入下さい。
資 格 喪 失 理 由	該当するいずれかに○をつけて下さい。 「3. 退職」の場合は退職年月日もご記入下さい。 後期高齢者組合員が組合を脱退する場合は、「7. その他」に○をつけて下さい。
資格喪失証明書 送 付 先	市町村国保に加入する場合には資格喪失証明書が必要となりますので、必要な方はご記入下さい。

添付書類等について

喪失区分	必要な書類等
甲種組合員 (医師)	・被保険者証（甲種組合員世帯全員分と乙種組合員が加入している場合は乙種組合員世帯全員分） ・社会保険加入の場合は、その被保険者証の写し ・身分確認書類（医師資格証、運転免許証、旅券、個人番号カード表面（顔写真つきのもの）などの写し）※社会保険加入の場合は不要です。 ・高齢受給者証（交付を受けている場合） ・限度額適用認定証（交付を受けている場合） ・後期高齢者組合員証（交付を受けている場合）
乙種組合員 (医師以外の従業員)	・被保険者証（乙種組合員世帯全員分） ・社会保険加入の場合は、その被保険者証の写し ・高齢受給者証（交付を受けている場合） ・限度額適用認定証（交付を受けている場合）
家族の一部喪失	・被保険者証（喪失する方のみ） ・社会保険加入の場合は、その被保険者証の写し ・高齢受給者証（交付を受けている場合） ・限度額適用認定証（交付を受けている場合）

- ・記入もれがないようにご注意ください。なお、本届に関して組合より問い合わせをする場合があります。
- ・記入についてご不明な点がございましたら、福岡県医師国民健康保険組合（Tel 092-431-1987）までご連絡下さい。