

国民健康保険被保険者
資格喪失届
(1種・2種・3種・本人・家族)

決裁	副理事長	常務理事	事務長	次長	課長	係長	担当
年 月 日							

記号	番号 (8ケタ)	喪失証明書	受付番号
32		要・不要	

※続柄は長男・長女等詳しくご記入ください。
※「資格喪失年月日」「保・確・知回収年月日」「データ入力日」は記入しないでください。

喪失する被保険者氏名				組合員との続柄 (例)長男・長女等	性別	生年月日	喪失理由 ※下記より選択	資格喪失年月日			保・確・知 回収年月日			データ入力日			
マ	イ	ナ	ン					バー	年	月	日	年	月	日	年	月	日
					本人	1 男 2 女	5 昭 7 平 9 令										
						1 男 2 女	5 昭 7 平 9 令										
						1 男 2 女	5 昭 7 平 9 令										
						1 男 2 女	5 昭 7 平 9 令										

*喪失理由 1.転出 2.社会保険等加入(健康保険証の写し添付) 4.死亡 5.県歯科医師会退会 6.退職 8.後期高齢者移行 9.その他 A.その他(後期付随家族)

上記のとおり **被保険者証等※を添えて** お届けします。

記入日 年 月 日 ー ー

組合員 住所 _____
(本人) 氏名 _____ 印
電話番号 (_____)

上記のとおり勤務者及びその家族の喪失をお届けします。

記入日 年 月 日 ー ー

院 長 所属地域(郡市) 歯科医師会 歯科医師会
(第1種組合員) 院長氏名 _____ 印
電話番号 (_____)

神奈川県歯科医師国民健康保険組合理事長殿

※被保険者証等…被保険者証・資格確認書・資格情報のお知らせ

◎ 記入方法

- 第2種組合員(勤務医)、第3種組合員(その他の勤務者)が喪失する場合は、太線内の必要箇所に記入・捺印し、第1種組合員(院長)の証明を受け、被保険者証等※(全員分)を添えて提出してください。
- 第1種組合員(院長)の喪失の場合は太線内の必要箇所に記入・捺印し、被保険者証等※(全員分)を添えて提出してください。
※第1種組合員(院長)の家族のみの喪失の場合は、「組合員(本人)」欄のみ記入・捺印し、「院長(第1種組合員)」欄は省略可
- 家族のみ喪失の場合は、上記「資格喪失者氏名」記入欄の2段目以降に喪失する者の氏名等を記入し、組合員本人の記入・捺印と第1種組合員(院長)の証明を受け、被保険者証等※を添えて提出してください。
- 70歳以上の方で、「高齢受給者証」をお持ちの方は、併せてご提出ください。

◎ 注意事項

- 資格喪失年月日は、資格喪失届と被保険者証等※を当組合が受理した日となります。
- 喪失する者が市区町村の国民健康保険以外の新たな健康保険等に加入した場合は、**新しい被保険者証等※のコピー**を必ず添えてください。
- 資格喪失証が必要な場合は、必ず上記の記入欄のうち「要」を選んでください。
*証明書は申し出のない限り喪失者の自宅へ送ります。

受付日			