

常務理事			事務長	係			
庶務	会計	業務		被保険者台帳	異動整理簿	被保険者証	収入原簿

国民健康保険被保険者資格喪失届（医師組合員用）

*本届書は、資格喪失理由の発生日から**14日以内**に提出してください。

被保険者証 記号・番号	記号	番号	資格喪失年月日	令和	年	月	日
氏名		性別	生年月日 個人番号	組合員との続柄			原爆 手帳
1			昭・平・令 .				有 ・ 無
2			昭・平・令 .				有 ・ 無
3			昭・平・令 .				有 ・ 無
4			昭・平・令 .				有 ・ 無
5			昭・平・令 .				有 ・ 無
6			昭・平・令 .				有 ・ 無
資格喪失理由	1. 社会保険加入		事業所名：	記号：	番号：		
			保険者名：	資格取得日：令和 年 月 日			
	2. 生活扶助開始		開始年月日：令和 年 月 日				
	3. 死亡		死亡年月日：令和 年 月 日				
	4. その他		市町村国保加入	市町村名：	記号：	番号：	
			資格取得日：令和 年 月 日				
		その他の理由					
5. 広域連合加入		資格取得日：令和 年 月 日					

様式第八号

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

〒

住所

医師組合員 氏名 印

個人番号

長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

※注意 必要添付書類については、裏面をご参照ください。

※ 必要添付書類

① 喪失者の被保険者証を添付してください。

② 医師組合員の番号確認と身元確認ができる書類を添付してください。

・個人番号カードをお持ちの方
個人番号カードの両面の写し

・個人番号カードをお持ちでない方

下記記載の、番号確認書類と身元確認書類よりそれぞれ1枚ずつ選択のうえ添付してください。

《番号確認書類》

- 通知カードの写し
- 個人番号が記載されている住民票（3ヶ月以内のもの）

《身元確認書類》

- 運転免許証の写し（裏書がある場合は両面の写しが必要）
- パスポートの写し
- 官公署から発行された写真付の資格証明書の写し

※上記の身元確認書類の提出が困難な場合、次に掲げる書類一覧より、2枚を選択のうえ添付してください。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○個人番号が記載されている住民票の写し（3ヶ月以内のもの）
注意：ただし、番号確認書類で住民票を提出する場合は、他の書類を提出すること。○戸籍謄本または戸籍抄本の写し（3ヶ月以内のもの）○年金手帳の写し○源泉徴収票の写し（1年以内で直近のもの） |
|---|