

記入例

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

※世帯全員が資格喪失する際、資格喪失届以外にご提出をお願いする書類がある場合がございます。お手順ですが、世帯全員が資格喪失する際には、必ず事前に当組合にご連絡ください。

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 長崎	番号 01000000	資格喪失年月日	平成 28 年 10 月 1 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	国保 花子	女	昭平 63 . 5 . 1	長女		有・ 無
2			昭・平			有・無
3			昭・平			有・無
4			昭・平			有・無
5			昭・平			有・無
6			昭・平			有・無
資格喪失理由 (ご記入ください。該当番号を○で囲み、必要事項を)	①. 社会保険加入	事業所名: 〇〇××病院		記号: △△	番号: 〇×△〇	
		保険者名: 〇〇××共済組合△△支部		資格取得日: 平成 28 年 10 月 1 日		
	2. 生活扶助開始	開始年月日: 平成 年 月 日				
	3. 死亡	死亡年月日: 平成 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: 平成 年 月 日		その他の理由		
5. 広域連合加入	資格取得日: 平成 年 月 日					

様式第八号

上記のとおり届けます。

平成 **28** 年 **10** 月 **7** 日

〒 **〇〇〇-〇〇〇〇**

住所 **長崎市〇〇町〇番〇号**

医師組合員 氏名 **国保 太郎**



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。