

## 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

## 国民健康保険被保険者資格喪失届（従業員組合員用）

\*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 <b>長崎</b>	番号 <b>01000012</b>	資格喪失年月日 (退職または死亡 した日の翌日)	平成 <b>28</b> 年 <b>10</b> 月 <b>1</b> 日				
氏名	性別	生年月日	従業員組合員 との続柄	個人番号				原爆 手帳
1	看護師 花子	女	昭 平 55.10.10	本人				有 無
2	看護師 次郎	男	昭 平 25.11.11	二男				有 無
3			昭 平 . .					有 無

様式第八号

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 : _____	記号 : _____	番号 : _____	
		保険者名 : _____	資格取得日 : 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 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. 退職	退職年月日 : 平成 <b>28</b> 年 <b>9</b> 月 <b>30</b> 日			
	5. 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 _____				
6. 広域連合加入	資格取得日 : 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日				

上記のとおり届けます。

平成 **28** 年 **10** 月 **3** 日

〒 **000-0000**

住所 **長崎市〇〇町〇番〇号**

医師組合員

氏名 **国保 太郎**

医療機関名称 ( **国保太郎クリニック** )

本届出を上記医師組合員に委任します。

平成 **28** 年 **10** 月 **3** 日

〒 **000-0000** 電話 **000 (000) 0000**

住所 **長崎市〇〇町〇〇番地〇〇**

従業員組合員 氏名 **看護師 花子**

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。