

# 記入見本

国民健康

<喪失理由> 該当する番号をご記入ください。  
 ○社会保険（協会けんぽ・健保組合・共済組合）加入→2  
 ○生活保護開始→3 ○死亡→4 ○後期高齢者離脱→8  
 ○その他（市町村国保加入など）→9

| 千医国            | —         | 回収年月日 令和 | 受付年月日 令和 |                              |               |                |      |    |
|----------------|-----------|----------|----------|------------------------------|---------------|----------------|------|----|
| 被保険者氏名         | 組合員区分     | 続柄       | 性別       | 生年月日                         | 資格喪失年月日       | 退職日            | 喪失理由 | 摘要 |
| ふりがな けんこう いちろう | 組合員<br>家族 | 本人       | 男        | 昭和 平成 令和<br>63年4月15日         | 令和<br>6年11月1日 | 令和<br>6年10月31日 | 9    |    |
| 健康 一郎          |           |          | 女        | 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 |               |                |      |    |

## 資格喪失年月日について

- 事業所を退職した場合
- 社会保険（協会けんぽ・健保組合・共済組合）に加入した場合
- 事業主が千葉県医師会を退会した場合
- 事業主が医療機関を閉院または廃業した場合
- 死亡した場合

資格喪失年月日

→各事実が発生した日の翌日

- 市町村国保や国保組合に加入した場合
- 生活保護を開始した場合

資格喪失年月日

→各事実が発生した日と同じ日

|               |              |         |   |                   |    |    |  |  |
|---------------|--------------|---------|---|-------------------|----|----|--|--|
| ふりがな けんこう ゆうこ | 組合員<br>家族    | 妻       | 男 | 昭和 平成 令和<br>62年7月 | 令和 | 令和 |  |  |
| 健康 優子         |              |         | 女 | 個人番号 9            |    |    |  |  |
| 資格喪失する方の<br>連 | 〒 260 - 0026 | ☎ (043) |   |                   |    |    |  |  |

<加入する健康保険>

ご記入いただくか、加入した健康保険の被保険者証のコピーを添付してください。

<事業主の署名捺印欄>

事業主の方の署名・捺印をお願いします。

|                   |                              |                         |                         |
|-------------------|------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 第1種（特別）組合員        | 千医国 01                       | 486                     | 加入する（した）健康保険についてご記入下さい。 |
| 所在地 千葉市中央区千葉港4番1号 | ☎ (043) (2)                  |                         | 千葉市（国保）                 |
| 医療機関 名称 保険クリニック   | 氏名 保険 太郎                     | 個人番号 0 0 0 0 9          | 124008                  |
| 資格喪失証明書の発行        | 送付先住所 〒260-0026 千葉市中央区千葉港100 | 被保険者証の<br>記号番号 987 6543 | 987 6543                |
| 必要・不要             |                              | 資格取得年月日                 | 令和6年11月1日               |

<資格喪失証明書>

必要な場合は、必ずご記入下さい。

委任欄 私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。※代理人の方の身分証明書の添付が必要です。

|       |                 |          |              |                  |          |
|-------|-----------------|----------|--------------|------------------|----------|
| 【代理人】 | 住所 千代田区霞が関1-1-1 | 氏名 厚生 太郎 | 【第1種（特別）組合員】 | 住所 千葉市中央区千葉港4番1号 | 氏名 保険 太郎 |
|-------|-----------------|----------|--------------|------------------|----------|

<委任欄：代理人（社会保険労務士など）の方が申請される場合>

手続きを委任される場合は、「代理人」及び「第1種（特別）組合員」の両方の署名捺印が必要です。

○代理人の方は署名・捺印と併せて、顔写真入りの身分証明書の添付が必要です。

（運転免許証やパスポートなど）



# 国民健康保険被保険者資格喪失届

※太枠内をご記入下さい。

| 千医国             | —                    | 回収年月日 令和 | 受付年月日 令和    |                  |         |       |      |    |
|-----------------|----------------------|----------|-------------|------------------|---------|-------|------|----|
| 被保険者氏名          | 組合員区分                | 続柄       | 性別          | 生年月日             | 資格喪失年月日 | 退職日   | 喪失理由 | 摘要 |
| ふりがな            | 組合員<br>・<br>家族       |          | 男<br>・<br>女 | 昭和 平成 令和         | 令和      | 令和    |      |    |
|                 |                      |          |             | 年 月 日            | 年 月 日   | 年 月 日 |      |    |
|                 |                      |          |             | 個人番号<br>(マイナンバー) |         |       |      |    |
| ふりがな            | 組合員<br>・<br>家族       |          | 男<br>・<br>女 | 昭和 平成 令和         | 令和      | 令和    |      |    |
|                 |                      |          |             | 年 月 日            | 年 月 日   | 年 月 日 |      |    |
|                 |                      |          |             | 個人番号<br>(マイナンバー) |         |       |      |    |
| ふりがな            | 組合員<br>・<br>家族       |          | 男<br>・<br>女 | 昭和 平成 令和         | 令和      | 令和    |      |    |
|                 |                      |          |             | 年 月 日            | 年 月 日   | 年 月 日 |      |    |
|                 |                      |          |             | 個人番号<br>(マイナンバー) |         |       |      |    |
| ふりがな            | 組合員<br>・<br>家族       |          | 男<br>・<br>女 | 昭和 平成 令和         | 令和      | 令和    |      |    |
|                 |                      |          |             | 年 月 日            | 年 月 日   | 年 月 日 |      |    |
|                 |                      |          |             | 個人番号<br>(マイナンバー) |         |       |      |    |
| 資格喪失する方の<br>連絡先 | 〒 — ☎ ( ) ( ) ( ) 住所 |          |             |                  |         |       |      |    |

千葉県医師国民健康保険組合 様

|                     |              |                         |    |   |   |   |  |
|---------------------|--------------|-------------------------|----|---|---|---|--|
| 第1種(特別)組合員(事業主)     | 千医国          | 加入する(した)健康保険についてご記入下さい。 |    |   |   |   |  |
| 〒 — ☎ ( ) ( ) ( )   |              | 保険者名<br>(氏名ではありません)     |    |   |   |   |  |
| 所在地                 |              | 保険者番号                   |    |   |   |   |  |
| 医療機関 名称             |              | 被保険者証の<br>記号番号          |    |   |   |   |  |
| 氏名                  |              | 資格取得年月日                 | 令和 | 年 | 月 | 日 |  |
| 個人番号<br>(マイナンバー)    |              |                         |    |   |   |   |  |
| 資格喪失証明書の発行<br>必要・不要 | 送付先住所<br>〒 — |                         |    |   |   |   |  |

|     |   |              |  |  |  |  |
|-----|---|--------------|--|--|--|--|
| 委任欄 | 私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。※代理人の方の身分証明書の添付が必要です。 |              |  |  |  |  |
|     | 【代理人】   | 【第1種(特別)組合員】 |  |  |  |  |
|     | 住所  | 住所           |  |  |  |  |
|     | 氏名  | 氏名           |  |  |  |  |

### 【個人番号の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

|     |      |     |     |       |       |    |
|-----|------|-----|-----|-------|-------|----|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | D I R | 被保険者証 | 台帳 |
|     |      |     |     |       |       |    |