

常務理事	担当理事	窓口 電算処理	被保険者証 回収	喪失離脱証明書 発行	受付日・担当者

国民健康保険 資格喪失 届 (第1種・第2種)

組合員の被保険者証記号番号		群歯 — (枝番)	
住所	〒 — TEL (— —) 携帯 (— —)		
1	被保険者証記号番号	群歯 — (枝番)	個人番号 (マイナンバー)
	氏名		続柄
2	被保険者証記号番号	群歯 — (枝番)	個人番号 (マイナンバー)
	氏名		続柄
3	被保険者証記号番号	群歯 — (枝番)	個人番号 (マイナンバー)
	氏名		続柄
喪失年月日		喪失理由	
令和 年 月 日		22 社会保険に加入 23 死亡 25 その他 (市町村国保に加入) 26 組合員資格を継続し後期高齢者医療制度に加入 27 後期高齢者医療制度に加入	
<small>退会・退職・死亡した日の翌日を記入する 月末日の場合は翌月の1日を記入する</small>			
<small>資格喪失(離脱)証明書が必要な場合は下の口へチェック「レ」を入れてください。証明書は被保険者証の記載住所へお送りいたします。異なる住所等を希望される場合は送付先欄へご記載ください。</small>			
<input type="checkbox"/>	送付先	〒 —	

【添付書類】
喪失者の「被保険者証」
 ※ 70歳以上75歳未満の方がいる場合は、「高齢受給者証」を必ず添付してください。
 ※ 「特定健康診査受診券」をお持ちの方は、必ず添付してください。(資格喪失後の使用はできません。)

- 1 事実が生じた日から10日以内に提出してください。
- 2 続柄は、組合員を本人としてください。

上記の通り必要書類を添えて、下記事業主(第1種組合員)に委託し申請します。
 群馬県歯科医師国民健康保険組合理事長 様 (記入年月日) 令和 年 月 日

事業所(診療所) 所在地
 名称
 電話番号
 事業主(第1種組合員) 氏名

社会保険労務士等の提出代行者氏名記入欄
印