

組合員(本人)の喪失は「1」を、  
家族のみの喪失は「2」を選択。

(記入例)

### 国民健康保険被保険者等資格喪失届

保険者番号	223040	資格喪失年月日	令和 年 月 日	喪失区分	① 包括 2. 一部
被保険者証の記号番号 (又は組合員証番号)	〇〇〇〇〇〇	*記入不要			
組合員の種別	1. 甲種組合員(1種・後期高齢者) ② 乙種組合員(1種・②種 後期高齢者)	診療所名	〇〇歯科医院		

(組合員欄)

枝番	①喪失する者の氏名	フリガナ <b>クミアイ サプロウ</b> 氏名 <b>組合 三郎</b>	⑤資格喪失の理由 ( )内に次の保険の名称、記号番号等をご記入ください。	1. 死亡 4. 社保加入 2. 生保開始 5. 国保加入 ③ 退職 6. その他
②生年月日	2. 大正 3. 昭和 ⑤ 令和 4. 平成	1年 12月 1日	⑤の該当日	令和 7年 3月 31日
③性別	①男 2. 女	④続柄 本人	資格喪失の理由が「退職」の場合「退職日」を、 「社保加入」の場合は「社保加入日」を記入。	

(家族欄)

枝番 [組合記載]	①喪失する者の氏名	フリガナ <b>クミアイ カズコ</b> 氏名 <b>組合 和子</b>	⑤資格喪失の理由 ( )内に次の保険の名称、記号番号等をご記入ください。	1. 死亡 4. 社保加入 2. 生保開始 5. 国保加入 ③ 退職 6. その他
②生年月日	3. 昭和 ④ 平成 5. 令和	5年 12月 1日	⑤の該当日	令和 7年 3月 31日
③性別	1. 男 ② 女	④続柄 妻	マイナンバー	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

枝番 [組合記載]	①喪失する者の氏名	フリガナ 氏名	⑤資格喪失の理由 ( )内に次の保険の名称、記号番号等をご記入ください。	1. 死亡 4. 社保加入 2. 生保開始 5. 国保加入 3. 退職 6. その他
②生年月日	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	年 月 日	⑤の該当日	令和 年 月 日
③性別	1. 男 2. 女	④続柄	マイナンバー	

枝番 [組合記載]	①喪失する者の氏名	フリガナ 氏名	⑤資格喪失の理由 ( )内に次の保険の名称、記号番号等をご記入ください。	1. 死亡 4. 社保加入 2. 生保開始 5. 国保加入 3. 退職 6. その他
②生年月日	3. 昭和 4. 平成 5. 令和	年 月 日	⑤の該当日	令和 年 月 日
③性別	1. 男 2. 女	④続柄	マイナンバー	

上記のとおり被保険者証または資格確認書(後期高齢者組合員は組合員証)を添えて、届出します。

令和 7年 3月 1日

組合員住所 静岡県静岡市駿河区曲金 3-3-10

組合員の住所の記入と署名・捺印。  
(※住所は被保険者証に記載されている住所を記入)

氏名 組合 三郎

マイナンバー

2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3

甲種組合員(雇用主)氏名 国保 一郎

所属支部の支部長の確認印が必要です。

静岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

支部長 確認欄	支部名	支部長名	被保険者台帳	保険料台帳	異動整理簿	学台帳	特台帳	1.被保険者証発行 2.保険料変更通知 3.証明書発行
								1 2 3

【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業務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

※記載方法については裏面をご覧ください