

## 第6号様式

## 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)		*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						

## (組合員欄)

枝番 01	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 2. 生保開始 3. 退職	4. 社保加入 5. 国保加入 6. その他					
②生年月日	2. 大正 4. 平成	3. 昭和 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	本人							

## (家族欄)

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 2. 生保開始 3. 退職	4. 社保加入 5. 国保加入 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 2. 生保開始 3. 退職	4. 社保加入 5. 国保加入 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 2. 生保開始 3. 退職	4. 社保加入 5. 国保加入 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 年 月 日

組合員 住所

資格喪失後の

連絡先(電話番号) ( ) -

氏名

印

マイナンバー

甲種組合員(雇用主) 氏名

印

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
	※令和7年4月1日以降の加入・喪失手続きは支部長確認印は不要。							

## 【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

この届は、資格喪失する者の「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」）、前期高齢者は「被保険者証兼高齢受給者証」または「資格確認書」を添えて、事実発生の日から14日以内に、所属支部を經由して提出すること。

（該当者のみ：限度額適用認定証、特定疾病療養受療証、特定健診受診券）

※令和7年4月1日以降の加入・喪失手続きは、支部長確認印は不要の為、直接当組合にご提出ください。

### 〈記載方法〉

- 「被保険者証の記号番号」には被保険者証や資格確認書、資格情報のお知らせに記載されている記号番号を記入すること。  
※後期高齢者組合員は組合員証番号を記入すること。
- 「喪失区分」は組合員が当組合をやめる場合、「1. 包括」を○で囲み、家族が当組合をやめる場合「2. 一部」を○で囲み、家族の内喪失する人のみ、家族欄に記入すること。
- 「組合員の種別」は該当するものを○で囲むこと。  
甲1種…県歯会員である歯科医師  
乙1種…甲1種組合員が開設又は管理する診療所の勤務歯科医師（ただし、静岡県歯科医師会の正会員である歯科医師を除く）  
乙2種…甲1種組合員が開設又は管理する診療所の従業員（歯科医師以外）  
後期高齢者甲種…甲種の条件かつ、後期高齢者医療制度の被保険者である者  
後期高齢者乙種…乙種の条件かつ、後期高齢者医療制度の被保険者である者
- 「資格喪失の理由・該当日」は、喪失理由に○を付け、その該当日を記入すること。

資格喪失の理由	該当日
1. 死亡	死亡日
2. 生保開始	生活保護の開始日
3. 退職	退職日
4. 社保加入	次に加入する社保への加入日 (カッコ内へ加入される保険者名と記号番号をご記入ください。)
5. 国保加入	次に加入する国保への加入日 (カッコ内へ加入される保険者名と記号番号をご記入ください。)
6. その他	当組合をやめる日（カッコ内へ詳細をご記入ください。） 例：県歯退会日

- 「④続柄」には、組合員に対する続柄を記入すること。（例：妻、子）
- 後期高齢者組合員はマイナンバーの記入は不要。

理事長	常務理事	事務長	係