

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 *記入不要	令和	年	月	日	喪失区分	1. 包括 2. 一部
被保険者証 (又は組合員証)の記号番号								
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)

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 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	本人						

(家族欄)

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	個人番号(12桁)						

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	個人番号(12桁)						

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	個人番号(12桁)						

上記のとおり被保険者証(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 _____ ④ 個人番号(12桁) _____

甲種組合員(雇用主)氏名 _____ ④ 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

〈記載方法〉

1. この届は、資格喪失する者の「被保険者証」(ただし、後期高齢者組合員は「組合員証」、前期高齢者は「高齢受給者証」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。
2. ※印の欄は、組合において記入するので空欄とすること。
3. 組合員が当組合をやめるときは、被保険者である家族等も資格を喪失することになるので、「喪失区分」の1. 包括に○を付し、組合員及び家族等の全員について記入すること。
4. 被保険者である家族等が当組合をやめるときは、「喪失区分」の2. 一部に○を付し、家族等の内やめる人のみ、家族欄に記入すること。
5. ②③⑤の欄は、該当数字を○で囲み、⑤の欄は、さらに()内に字句を記入すること。
6. 「⑤の該当日」には、退職した日や次の保険に加入した日、該当した日を記入すること。
7. 個人番号(12桁)欄にはマイナンバーを記入すること。※75歳以上の後期高齢者組合員は記入不要

理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	係