



国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者 記号番号	鳥医国保 号	資格喪失年月日	令和 年 月 日	
	氏 名 個人番号	組 合 員 との続柄	資格喪失理由	備 考
1			市・町国保加入	※資格喪失（離脱）証明書の 発行希望について□へ ☑を入れ、希望の場合は、 送付先の住所も記載して ください。
2			社会保険加入	□希望します。 □希望しません。
3			生活保護開始	〒 - 住所
4			死 亡	※必ずご確認ください。 お持ちの書類について□へ ☑を入れてください。
5			その他	□資格確認書 →※必ずご返却ください □資格情報のお知らせ (資格情報通知書)

上記のとおり関係書類を添えて届けます。

令和 年 月 日

〒

住 所

事業主組合員

氏 名

個人番号

鳥取県医師国民健康保険組合 様

委任欄	私は、この届出の提出を、下記の者に委任します。			
	令和 年 月 日	組合員	住所	氏名
	1 窓口に来られた方	住所	氏名	
	2 郵送により代行する方	住所	氏名	

注意事項

1. 組合員本人以外が手続きをする場合は、上段の「委任欄」に組合員の委任が必要です。
2. 窓口で手続きをされる場合は、窓口に来られた方の本人確認をさせていただきますので、確認できるもの（運転免許証等）をご持参ください。