

●資格喪失(必要書類) ※事業主組合員が資格を喪失した場合、所属の准組合員も同時喪失となります。

・脱退の手続きをご希望の方は、「資格喪失届」の様式をご使用ください。

・特定個人情報を含む書類のため、簡易書留や配達記録が確認出来る方法で郵送してください。

#### 組合員・准組合員本人の脱退

##### ●資格喪失届

(個人番号を記入後は、保護シールを貼ってください)※申請様式を当組合ホームページよりダウンロードされた方は、「保護シール」は当組合にて添付します。

※資格喪失(離脱)証明書の発行希望の方は、喪失届の該当箇所へご記入をお願いします。

##### ●個人番号(マイナンバー)確認書類のコピー

##### ●顔写真入りの本人確認書類のコピー

(例:個人番号(マイナンバー)カード(表面)、運転免許証、パスポート等)

##### ●「資格確認書」の返却

「資格情報のお知らせ(資格情報通知書)」を交付された方は返却不要です。

#### 家族の脱退(夫、妻、子ども等) ※本人の脱退と同時申請の際は、「\*」は不要です。

##### ●資格喪失届

(個人番号を記入後は、保護シールを貼ってください)※申請様式を当組合ホームページよりダウンロードされた方は、「保護シール」は当組合にて添付します。

※資格喪失(離脱)証明書の発行希望の方は、喪失届の該当箇所へご記入をお願いします。

##### ●\*世帯主の個人番号(マイナンバー)確認書類のコピー

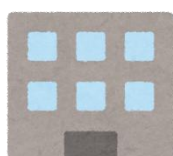
##### ●\*世帯主の顔写真入りの本人確認書類のコピー

##### ●脱退家族の個人番号(マイナンバー)確認書類のコピー

##### ●「資格確認書」の返却

「資格情報のお知らせ(資格情報通知書)」を交付された方は返却不要です。

※「資格喪失」の際は、「資格確認書」を鳥取県医師国民健康組合へ速やかに返納してください。



鳥取県医師国民健康保険組合

返納

| 国民健康保険資格確認書                |            |    |                   |
|----------------------------|------------|----|-------------------|
| 有効期限                       | 交付年月日      |    |                   |
| 記号                         | 鳥取県保       | 番号 | 0000-000 (10桁) 03 |
| 氏名・性別                      | 平成 年 月 日 男 |    |                   |
| 生年月日                       | 平成 年 月 日   |    |                   |
| 資格取得年月日                    | 平成 年 月 日   |    |                   |
| 負担割合                       | 法定負担割合の通り  |    |                   |
| 療養区分・免状期日                  | *****      |    |                   |
| 長期入院該当日                    | *****      |    |                   |
| 特定療養区分・免状期日                | *****      |    |                   |
| 組合員氏名                      |            |    |                   |
| 住                          | 所          |    |                   |
| 保険者番号並びに保険者名称及び印           | 0000100015 |    |                   |
| 鳥取県鳥取市戎町317番地 国民健康保険組合 庶務課 |            |    |                   |
| 鳥取県医師国民健康保険組合 庶務課          |            |    |                   |
| 電話 0857-27-5565            |            |    |                   |