

国民健康保険被保険者資格喪失届

【例】「令和〇年4月1日」とご記載された場合は、前日の3月31日まで当組合にご加入されていたということになりますので、日付をご記載の際はご注意ください。

「個人番号」記載後に、同封のシールで目隠しをしてご提出ください。

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	医師国保 一郎 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	子				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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 希望します。 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。
5						その他	<input type="checkbox"/> 資格確認書 →※必ずご返却ください <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ (資格情報通知書)

必ずをつけてご提出ください。

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」記載後に、同封のシールで目隠しをしてご提出ください。

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。		住所
	令和 年 月 日	組合員	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。

組合員本人が手続きをされる場合は記載不要です。