

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。

准 組 合 員 記 入 欄	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 太郎 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。

上記のとおり相違ありません。

〒 住所 _____
氏名 _____

准組合員

「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 _____

組 合 員 記 入 欄	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 _____
	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。