

下記の【記載例】をご参照のうえ、同封の喪失届の該当欄にご記入ご捺印をお願いします。
 なお、当組合宛ご提出の際は、喪失届と併せて必ず被保険者証を添えて下さい。

※届出者である1項組合員本人のマイナンバーが記載された書類（個人番号通知書・個人番号カード等）のコピー、顔写真付きの本人確認書類（運転免許証・パスポート等）のコピーを添付して下さい。

【記載例】

(例) 令和2年4月1日からご子息が企業に入社する場合（○印欄をご記入ください）

(家 族) 国民健康保険被保険者資格喪失届 1項組合員 (家 族)									
被保険者証の記号番号	0	1	2	3	4	5	6	組合員の世帯に属していた最終年月日	令和2年 3月31日
世帯員の区分	家 族						資格喪失年月日	※ 年 月 日	
これから加入する保険	①～⑨いずれか記入 記入欄【 ① 】			①…全国健康保険協会 ②…広島県歯科医師国保 ③…その他の国保組合 ④…市町村国保		⑤…その他の健康保険組合 ⑥…共済組合 ⑦…船員保険 ⑧…後期高齢者医療制度 ⑨…未定			
資格喪失証明書	必要 ・ 不要		〒732-0057 広島市東区二葉の里3-2-4						
氏名	個人番号			組合員との続柄	性別	生年月日	資格喪失の理由		
1	○ ○ ○ ○			長男	男	H5.1.1	1. 死亡		
2							2. 転出		
3							3. 社会保険		
4							4. その他		
5							〔 該当事項の番号〕 を○で囲む		
上記のとおり届けます。また、手続きを委託する場合は下記代行者に委任します。									
年 月 日 広島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿									
1項組合員	住所	広島市東区二葉の里3-2-4							
	氏名	○ ○ × ×			印				
	個人番号						電話番号	082-123-4567	
上記の組合員から国民健康保険被保険者資格喪失の手続きについて委任を受けました。									
社労士事務所等 委託先事業所名：	○ 印 ○ 印 × 印 × 印				○ 印				
○ 印 ○ 印 × 印 × 印				代行者氏名：					

【お願い】

- ☆喪失届は14日以内に組合へご提出下さい。
- ☆誤って記入した場合は、二重線を引き、その上に訂正印を押して下さい。（修正液は不可）

理事長	常務理事	事務長	課長	受付	電 算 入 力	被保険 交付台帳	徴 収 帳	調定簿

(家族)		国民健康保険被保険者資格喪失届 1項組合員				(家族)	
被保険者証 の記号番号					組合員の世帯に属 していた最終年月日	年 月 日	
世帯員の区分	家 族				資 格 喪 失 ※	年 月 日	
これから加入 する保険	①～⑨いずれか記入 記入欄【 】		①…全国健康保険協会 ②…広島県歯科医師国保 ③…その他の国保組合 ④…市町村国保		⑤…その他の健康保険組合 ⑥…共済組合 ⑦…船員保険 ⑧…後期高齢者医療制度 ⑨…未定		
資格喪失 証明書	必要 ・ 不要		(必要な場合送付先住所) 〒				
氏 名			組合員と の続柄	性 別	生 年 月 日	資 格 喪 失 の 理 由	
個 人 番 号							
1						1. 死 亡	
2						2. 転 出	
3						3. 社会保険	
4						4. そ の 他	
5						〔該当事項の番号〕 を○で囲む	
上記のとおり届けます。 また、手続きを委託する場合は下記代行者に委任します。							
年 月 日 広島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿							
1 項 組合員	住 所						
	氏 名	Ⓜ					
	個人番号					電話番号	— —
上記の組合員から国民健康保険被保険者資格喪失の手続きについて委任を受けました。							
社労士事務所等		委託先事業所名：				代行者氏名：	
						Ⓜ	

- 1.この届書は被保険者が同一世帯に属さなくなった日より14日以内に提出すること。
- 2.この届書には必ず被保険者証を添えて提出すること。
- 3.※印の欄は記入せず、下欄の組合員の世帯に属さなくなった年月日に事実を記入すること。
- 4.届出者（1項組合員本人）の個人番号確認書類及び本人確認書類を提示又は写しを添付すること。
- 5.届出期間を過ぎたときは、20,000円以下の過怠金を課せられる。