

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2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3月31日で歯科医院を退職する場合（○印欄をご記入ください）

国民健康被保険者包括資格喪失届（2項組合員）			
被保険者証の記号番号		0 1 2 3 4 5 6 7	
氏名 個人番号	組合員 どの続柄	性別	生年月日
〇〇〇〇	本人	女	昭和60年1月1日
現住所または転出先住所 を記入して下さい。		喪失年月日は退職年月日の翌日になります。 退職年月日→令和2年3月31日の場合 喪失年月日→令和2年4月 1日	
退職年月日	令和2年 3月31日		
資格喪失年月日	令和2年 4月 1日		
資格喪失の理由 (番号に○、その他の場合理由記載)	①退職のため ②その他 ()		
資格喪失後の連絡先電話番号	090 - 1234 - 5678		
これから加入する保険 (番号に○)	①…全国健康保険協会 ④○…市町村国保 ⑦…船員保険 ②…広島県歯科国保 ⑤…その他の健康保険組合 ⑧…後期高齢者医療制度 ③…その他の国保組合 ⑥…共済組合 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	
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。			
2項 組合員	住所	資格喪失証明書を必要とされる場合は、必要に○をいただき、 送付先の郵便番号・住所をご記入ください。	
	氏名	印	
	個人番号		
広島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿 この届出人は上記の理由にて資格喪失したことに相違ありません。			
1項組合員（歯科医師）証明欄 印			
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：	手續代行者ご記入・ご捺印	代行者氏名：	印

【お願い】

- ☆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）
- ☆喪失届は被保険者証を添えて14日以内に組合へご提出下さい。
- ☆健康保険被保険者適用除外承認（厚生年金加入）をされている医療機関については、管轄の年金事務所で厚生年金被保険者資格喪失の手続きを必ずおとりください。

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 元帳	調定簿	互助会

国民健康保険被保険者包括資格喪失届（2項組合員）

被保険者証の記号番号									
氏名		組合員 との続柄		性別	生年月日				
個人番号		本人							
被 保 険 者									
退職年月日					年月日				
資格喪失年月日					年月日				
資格喪失の理由 (番号に○、その他の場合理由記載)			①退職のため ②その他 ()						
資格喪失後の連絡先電話番号					— —				
これから加入する保険 (番号に○)		①…全国健康保険協会 ④…市町村国保 ⑦…船員保険 ②…広島県歯科医師国保 ⑤…その他の健康保険組合 ⑧…後期高齢者医療制度 ③…その他の国保組合 ⑥…共済組合 ⑨…未定							
資格喪失証明書		必要 ・ 不要			〒 (必要な場合送付先住所)				
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				
2 項 組 合 員	住所								
	氏名	(印)							
	個人番号								
広島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿 この届出人は上記の理由にて資格喪失したことに相違ありません。									
1項組合員（歯科医師）証明欄					(印)				
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					代行者氏名：				
委託先事業所名：					(印)				

- 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.届出者（2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。
- 4.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。