

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）

<span style="color: red;">(家族)</span> 国民健康保険被保険者資格喪失届 <span style="color: red;">2項組合員 (家族)</span>											
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		〒730-0044 広島市中区宝町 5-30								
氏名	個人番号			組合員との続柄	性別	生年月日	資格喪失理由				
1	○ ○ ● ●			長男	男	H5.1.1	1. 死亡				
2							2. 転出				
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。							3. 社会保険				
							4. その他				
4				・全国健康保険協会（旧政管健保）→ 3 ・健保組合・国保組合・市町村国保・船員保険・共済組合・未定など → 4		事項の番号） ○で囲む					
5											
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（従業員）	住所										
	氏名	Ⓜ									
	個人番号							電話番号	090-1234-5678		
1項組合員（歯科医師）証明欄 Ⓜ											
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	手続代行者ご記入・ご捺印				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）

