

※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係

組

記入例
組合員世帯が死亡脱退の場合

75歳以上組合員の脱退届(死亡による)

組合員証	資格確認書	高齢受給者証	喪失証明書	入力	チェック
有	全員一部	有	全員一部	発送 自宅 医療機関	

組合員証番号									
075	9	9	0	9	9	9	9	9	9

(世帯喪失用)

※印の欄は記入しないでください。

種別	個人コード	前期チェック	組合員・被保険者氏名		事由番号	喪失事由該当年月日	※資格喪失年月日
組合員	※	※	(氏) 国保	(名) 太郎	98	令和 死亡日を記入してください。 〇〇年 11月 10日	※5 令和 〇〇年 11月 11日
家族被保険者	※	※	国保	花子	38	令和 〇〇年 11月 10日	※5 令和 〇〇年 11月 11日
家族被保険者	※	※			38	令和 年 月 日	※5 令和 年 月 日
家族被保険者	※	※			38	令和 年 月 日	※5 令和 年 月 日
家族被保険者	※	※			38	令和 年 月 日	※5 令和 年 月 日

【記入上の注意など】

- ・「喪失事由該当年月日」欄は、組合員本人および家族被保険者、いずれも組合員本人の死亡日を記入してください。
- ・「資格喪失年月日」ほか※印のある欄は、記入しないでください。
- ・死亡した組合員の葬祭を行った方に対して、葬祭費または死亡見舞金を支給する制度がありますので、ご注意ください。
- ・70歳以上の家族被保険者は「高齢受給者証」も添付してください。

家族の被保険者 資格喪失証明書の要・不要 ○で囲んでください。 【必ずご記入ください】	家族の方が次に加入する医療保険が決まっている場合は、記入(又は資格確認書コピーを添付)してください。
<input type="radio"/> いない <input checked="" type="radio"/> いる	送付先 <input checked="" type="radio"/> 組合員自宅 <input type="radio"/> 届出人住所 <input type="radio"/> 医療機関
保険の種類 国保 ・ 共済 社保 ・ その他	保険者名 記号番号 取得日 令和 年 月 日

上記のとおり、該当する者の組合員証、資格確認書(及び高齢受給者証)等を添えて届けます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日 (上記各種の証を紛失された場合は、紛失届をご提出ください。)

(届出日を記入してください)

届出人 542-0062
 住所 〒 大阪市中央区上本町西3丁目1-5
 電話 06(6761)0099 FAX 06(6761)0096
 氏名 国保 花子 死亡した組合員との続柄 妻

死亡した組合員の医療機関
 所在地 〒 542-0062 大阪市中央区上本町西3丁目1-7
 電話 06(6761)8096 FAX 06(6761)8096
 名称 (医) 国保医院

連絡先電話番号
 (住所の電話と異なる場合) 花子携帯 090-0008-6666

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

郡市区等医師会経由印

郡市区等医師会記載

