

※ 副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係



医師国保組合脱退届(75歳以上准組合員)

※ 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	有 全員一部	有 全員一部	発送 自宅 ・ 医療機関		
/	/	/			

准 組 合 員 証 番 号										
075		0								

(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	准組合員・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
准組合員	※ 01	※	(氏) (名)	95	令和 年 月 日	※5 令和 年 月 日
家族被保険者	※	※			令和 年 月 日	※5 令和 年 月 日
家族被保険者	※	※			令和 年 月 日	※5 令和 年 月 日
家族被保険者	※	※			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、准組合員本人および家族被保険者、いずれも希望する脱退日(届出日の翌日以降)を記入ください。
- ・家族の「事由番号」は、次に該当する番号を記入下さい。
 23 … 社会保険に加入
 26 … 市町村国民健康保険に加入
 39 … その他 …この場合は、その理由を下欄に記入ください。
 { }
- ・「資格喪失年月日」欄ほか※印のある欄は、記入しないでください。
- ・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。

・いない 送付先 准組合員自宅 ・いる 届出人住所 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、医師国保組合を脱退いたしたく、該当する者の准組合員証、資格確認書(及び高齢受給者証)等を添えて届けます。

令和 年 月 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)

准 組 合 員

住 所

電 話

氏 名

〒

_____ FAX

准組合員の勤務先医療機関

所在地

電 話

名 称

〒

_____ FAX

組 合 員 氏 名

※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係



記入例
准組合員世帯が任意脱退の場合

医師国保組合脱退届(75歳以上准組合員)

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		

(世帯喪失用)

准組合員証番号									
075	9	9	0	9	9	9	9	9	9

※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	准組合員・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
准組合員	※ 01	※	(氏) 関西 一雄	95	令和 〇〇年 11月 30日	※5 令和 〇〇年 12月 1日
家族被保険者	※	※	(名) 関西 花子	26	令和 〇〇年 12月 1日	※5 令和 〇〇年 12月 1日
	※	※			令和 年 月 日	※5 令和 年 月 日
	※	※			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、准組合員本人および家族被保険者、いずれも希望する脱退日(届出日の翌日以降)を記入ください。
- ・家族の「事由番号」は、次に該当する番号を記入下さい。
23 ... 社会保険に加入
26 ... 市町村国民健康保険に加入
39 ... その他 ...この場合は、その理由を下欄に記入ください。
{ }
- ・「資格喪失年月日欄」ほか※印のある欄は、記入しないでください。
- ・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】	家族の方が次に入会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。								
・いない 送付先 准組合員自宅 ・いる 届出人住所 医療機関	<table border="1"> <tr> <td>保険の種類</td> <td>国保 : 共済 社保 : その他</td> </tr> <tr> <td>保険者名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>記号番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>取得日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> </table>	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
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、医師国保組合を脱退いたしたく、該当する者の准組合員証、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)

准組合員

住所 〒 540-0123
〇〇市〇〇町5-5-5
電話 06(6761)0099 FAX 06(6761)0096
氏名 関西 一雄

准組合員の勤務先医療機関

〒 542-0062
所在地 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

組合員氏名 国保 太郎

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

