

※	副理事長	担当理事	事務局長	課長(補佐)	係長	係

※	被保険者証	高齢受給者証	喪失証明書	入力	チェック
	有	有 { 全員 一部	発 送 / 自 宅 ・ 医 院		

組 被保険者資格喪失届

(組合員世帯喪失用)

※印のところは記入しないでください。

記号		番号		医国		
種別	個人 コード	前期 チェック	被保険者氏名	①事由 番号	②喪失事由該当年月日	※資格喪失年月日
組合員	※ 01	※	(氏) (名)		平成 年 月 日	※4 平成 年 月 日
家	※	※			平成 年 月 日	※4 平成 年 月 日
	※	※			平成 年 月 日	※4 平成 年 月 日
族	※	※			平成 年 月 日	※4 平成 年 月 日
	※	※			平成 年 月 日	※4 平成 年 月 日

「提出にあたっての注意事項」及び「記入例」を参照の上、ご記入ください。

左記『①事由番号』欄には下表の該当する事由番号を、『②喪失事由該当年月日』欄にはその該当日を記入してください。喪失事由が『その他』の場合は、その理由も併せて記入してください。(資格喪失年月日欄は記入しないでください。)

①事由番号	事由名称	②喪失事由該当年月日	※資格喪失年月日
21	転出	転出日	転出日の翌日
23	社会保険に加入	社会保険の資格取得日	社会保険の資格取得日
26	市町村国保に加入	市町村国保の資格取得日	市町村国保の資格取得日
28	死亡	死亡日	死亡日の翌日
29	廃業	廃業日	廃業日の翌日
30	退職	勤務医の退職日	退職日の翌日
39	その他	事由該当年月日	

理由 {

平成 年 月 日 上記のとおり被保険者証(及び高齢受給者証)等を添えて届けます。

〒
所在地
医療機関 名称
TEL FAX
〒
住所
組 合 員 氏 名

当組合を喪失後加入する医療保険が明らかな場合は、ご記入又はコピーを添付してください。		資格喪失証明書の要・不要について○をつけてください。	高齢受給者証の交付を受けている方の証返却について○をつけてください。
保険の種類	国保・共済 社保・その他	・ いない ・ いる	・ 添付している
保険者名		送付先 { 組合員自宅 医院	・ 後日医師国保組合へ送付する
記号番号			
取得日	平成 年 月 日		

※	副理事長	担当理事	事務局長	課長(補佐)	係長	係

※	被保険者証	高齢受給者証	喪失証明書	入力	チェック
	有	有	全員 発	/	

記入例
組合員世帯が喪失の場合

組
被保険者資格喪失届
 (組合員世帯喪失用)

※印のところは記入しないでください。

「提出にあたっての注意事項」及び「記入例」を参照の上、ご記入ください。

記号		番号					
医国	9	9	9	9	9	9	
種別	個人	前期	被保険者氏名		①事由番号	②喪失事由該当年月日	※資格喪失年月日
※	※	※	(氏)	(名)		平成	※4 平成
組合員	01		星	月子	23	〇〇年 11月 1日	年 月 日
家	※	※	星	陽子	23	〇〇年 11月 1日	年 月 日
族	※	※				年 月 日	年 月 日
	※	※				年 月 日	年 月 日
	※	※				年 月 日	年 月 日

左記『①事由番号』欄には下表の該当する事由番号を、『②喪失事由該当年月日』欄にはその該当日を記入してください。喪失事由が『その他』の場合は、その理由も併せて記入してください。(資格喪失年月日欄は記入しないでください。)

①事由番号	事由名称	②喪失事由該当年月日	※資格喪失年月日
21	転出	転出日	転出日の翌日
23	社会保険に加入	社会保険の資格取得日	社会保険の資格取得日
26	市町村国保に加入	市町村国保の資格取得日	市町村国保の資格取得日
28	死亡	死亡日	死亡日の翌日
29	廃業	廃業日	廃業日の翌日
30	退職	勤務医の退職日	退職日の翌日
39	その他	事由該当年月日	

理由 {

平成〇〇年〇〇月〇〇日 上記のとおり被保険者証(及び高齢受給者証)等を添えて届けます。

〒 543-0001
 所在地 大阪市天王寺区上本町2丁目1-20

医療機関 名称 (医) 国保医院

T E L 06 (6761) 8096 F A X 06 (6761) 8096

〒 542-8580
 住所 大阪府中央区上本町西3丁目1-5

組合員 氏名 星 月子 (印)

当組合を喪失後加入する医療保険が明らか場合は、ご記入又はコピーを添付してください。	資格喪失証明書の要・不要について○をつけてください。	高齢受給者証の交付を受けている方の証返却について○をつけてください。
保険の種類 国保・共済 社保・その他	○ いない	・ 添付している
保険者名 〇〇〇〇	・ いる	・ 後日医師国保組合へ送付する
記号番号 ××××・△△△	送付先 組合員自宅 医院	
取得日 平成〇〇年11月1日		

郡市区等医師会記載

- 組合員本人が、大阪府医師会を退会・勤務先を退職・他の保険に加入・死亡などの場合には、資格喪失届を事由が発生した日から14日以内にご提出ください。
(喪失理由が死亡の場合は、葬祭費支給申請書も併せて提出ください)
- この届には所属郡市区等医師会の経由印が必要です。
- 次に加入する保険が、市町村国保の場合は、資格喪失証明書が必要です。届の所定の欄(届右下欄)に○をつけてください。市町村国保加入の手続きは、資格喪失後14日以内に済ませてください。
手続き遅延により、保険給付を受けられない場合があります。
- 資格喪失日以降は、被保険者証を使用できません。
・ 資格喪失後の給付は一切ありません。

< 添付書類 >

- 被保険者証(医師国保)
- 高齢受給者証
・ 高齢受給者証の交付を受けている場合は添付。
(返却方法については、届の所定の欄を○で囲む。)
- 1ヵ月以上経過後に届出の場合・・・理由発生の日が確認できる書類
・ 遅延の届出については、その理由発生の日が確認できる書類(当組合喪失後加入している公的保険の被保険者証写し・転出等の場合は住民票等)を添付。
- 個人番号届出書 (S-15)

★記入方法

- 記号・番号 …… 組合員の被保険者証記号・番号を記入
- 個人コード …… ※記入不要
- 前期チェック …… ※記入不要
- 被保険者氏名 …… 組合員と加入の家族全員の氏名を記入
- ①事由番号 …… 届の右欄の表を参照の上、事由番号の中から、該当する番号を選び記入

<例>	{	政府管掌保険(社会保険)に加入した・・・「23」を記入
		勤務していた医療機関を退職した・・・「30」を記入
- ②喪失事由該当年月日 …… 届の右欄の表を参照の上、喪失事由該当年月日を記入
- 資格喪失年月日 …… ※記入不要
- 医療機関 …… 開業もしくは勤務していた医療機関の所在地・名称・TEL・FAX
- 組合員 …… 組合員の住所(住民票の住所)・氏名記入の上、捺印
- 保険の種類・保険者名・記号番号・取得日 …… 当組合喪失後加入する医療保険が明らかな場合は記入又はコピー添付
- 資格喪失証明書の要・不要・送付先について …… 該当する項目を○で囲む
- 高齢受給者証の返却について …… 高齢受給者証の交付を受けている場合、返却について該当する項目を○で囲む