

※ 副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係



被保険者資格喪失届

(組合員世帯喪失用)

※ 被保険者証	高齢受給者証	個人番号	喪失証明書	入力
有	有 { 全員 一部	添付 なし	発送 / 自宅 ・ 医院	

記号	番号
医国	0

※印のところは記入しないでください。

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・令和 年 月 日	※ 4 平成・5 令和 年 月 日
※ 家	※	※			平成・令和 年 月 日	※ 4 平成・5 令和 年 月 日
	※	※			平成・令和 年 月 日	※ 4 平成・5 令和 年 月 日
※ 族	※	※			平成・令和 年 月 日	※ 4 平成・5 令和 年 月 日
	※	※			平成・令和 年 月 日	※ 4 平成・5 令和 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

令和 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

T E L F A X

〒 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
保険者名		・ 添付している
記号番号		・ 後日医師国保組合へ送付する
取得日	平成 令和 年 月 日	送付先 { 組合員自宅 医院

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



※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係

組 被保険者資格喪失届
(組合員世帯喪失用)

※ 被保険者証 | 高齢受給者証 | 個人番号 | 喪失証明書 | 入力

記入例
組合員世帯が喪失の場合

記号		番号				
医国	990	9999	999			
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	※	※	(氏) 星 月子	23	平成・令和 〇〇年 11月 1日	※ 4平成・5令和 年 月 日
家	※	※	星 陽子	23	平成・令和 〇〇年 11月 1日	※ 4平成・5令和 年 月 日
族	※	※			平成・令和 年 月 日	※ 4平成・5令和 年 月 日
	※	※			平成・令和 年 月 日	※ 4平成・5令和 年 月 日

※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。

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

令和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。

〒 542-0062
所在地 大阪市中央区上本町西3丁目1-7
医療機関名称 (医) 国保医院
TEL 06 (6761) 8096 FAX 06 (6761) 8096

〒 542-0062
住所 大阪市中央区上本町西3丁目1-5
組合員氏名 星 月子

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 〇〇〇〇	送付先 組合員自宅	・ 後日医師国保組合へ送付する
記号番号 XXXX・△△△	医院	
取得日 平成 〇〇年 11月 1日 令和		

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



- 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
- 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