

| | | | | | | | |
|---|------|------|------|----|--------|----|---|
| ※ | 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)

| | | | | |
|--------|--------------|-----------|---------------|----|
| 資格確認書 | 高齢受給者証 | 個人番号 | 喪失証明書 | 入力 |
| 有 / 枚 | 有 全員 有 一部 | 添 なし 付 | 発 送 送 / | |
| お知らせ | | | 首宅 ・ 医院 | |
| 不要 / 枚 | | | | |

| | |
|----|----|
| 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 | ③当組合 発行 | ※資格喪失年月日 |
|-----|-----------|------------|---------|-----------|----------------|--------------|----------------------|
| 組合員 | ※ 01 | ※ | (氏) (名) | | 平成・令和 年 月 日 | 資格確認書 有・無 | ※ 4 平成・5 令和 年 月 日 |
| 家 | ※ | ※ | | | 平成・令和 年 月 日 | 資格確認書 有・無 | ※ 4 平成・5 令和 年 月 日 |
| | ※ | ※ | | | 平成・令和 年 月 日 | 資格確認書 有・無 | ※ 4 平成・5 令和 年 月 日 |
| 族 | ※ | ※ | | | 平成・令和 年 月 日 | 資格確認書 有・無 | ※ 4 平成・5 令和 年 月 日 |
| | ※ | ※ | | | 平成・令和 年 月 日 | 資格確認書 有・無 | ※ 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 上記のとおり資格確認書・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 |
|---|------|------|------|----|--------|----|---|

*当組合より、資格確認書の交付を受けている場合は、有無を○を記入し、有の場合は添付してください。

組 被保険者資格喪失届
(組合員世帯喪失用)

| | | | | | |
|---|-------|--------|------|-------|----|
| ※ | 資格確認書 | 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 | ③当組合発行 | ※資格喪失年月日 |
| 組合員 | ※ 01 | ※ | (氏) 星 月子 | 23 | 平成・令和 6年12月1日 | 資格確認書 有・無 | ※ 4平成・5令和 年月日 |
| 家 | ※ | ※ | 星 陽子 | 23 | 平成・令和 6年12月1日 | 資格確認書 有・無 | ※ 4平成・5令和 年月日 |
| 族 | ※ | ※ | | | 平成・令和 年月日 | 資格確認書 有・無 | ※ 4平成・5令和 年月日 |
| | ※ | ※ | | | 平成・令和 年月日 | 資格確認書 有・無 | ※ 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。 記入不要です

「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 上記のとおり資格確認書・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 平成令和 〇〇年 11月 1日 | | |

郡市区等医師会記載

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



- 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、資格確認書を使用できません。
 - ・ 資格喪失後の給付は一切ありません。

< 添付書類 >

- 医師国保発行の資格確認書
- 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資格確認書・資格情報のお知らせの写し・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
- ③当組合発行 …… 当組合より、資格確認書の交付を受けている場合は各々の所の有無に○を記入のうえ、有の場合は提出時添付。
- 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
- 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