

※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係

准
被保険者資格喪失届
 (准組合員世帯喪失用)

※	資格確認書	高齢受給者証	個人番号	喪失証明書	入力
	有	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。

「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。

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 資格確認書	※資格喪失年月日
准組合員	※	※	(氏) (名)		平成・令和 年 月 日	有・無	※ 4 平成・5 令和 年 月 日
家	※	※			平成・令和 年 月 日	有・無	※ 4 平成・5 令和 年 月 日
	※	※			平成・令和 年 月 日	有・無	※ 4 平成・5 令和 年 月 日
族	※	※			平成・令和 年 月 日	有・無	※ 4 平成・5 令和 年 月 日
	※	※			平成・令和 年 月 日	有・無	※ 4 平成・5 令和 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
30	退職	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

組合員 氏 名

〒

住 所

准組合員 氏 名

(組) 医国

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 ・ 准組合員自宅 ・ 医院

※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係

※	資格確認書	高齢受給者証	個人番号	喪失証明書	入力
---	-------	--------	------	-------	----

准 被保険者資格喪失届
(准組合員世帯喪失用)

記入例
准組合員世帯が喪失の場合

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

記号		番号					
医国	990	9999	9999				
種別	個人コード	前期子エック	被保険者氏名	①事由番号	②喪失事由該当年月日	③当組合発行資格確認書	※資格喪失年月日
准組合員	01	※	元気 良子	30	平成・令和 6年12月1日	有・無	※4平成・5令和 年月日
家	※	※	元気 たね	30	平成・令和 6年12月1日	有・無	※4平成・5令和 年月日
族	※	※			平成・令和 年月日	有・無	※4平成・5令和 年月日
	※	※			平成・令和 年月日	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
30	退職	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
組合員氏名 国保 一郎

〒540-0123 (組) 医国 999 9999 - 001
住 所 〇〇市△△町5-5-5
准組合員 元気 良子

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	・いない いる	・添付している
保険者名 〇〇市	送付先 ・准組合員自宅	・後日医師国保 組合へ送付する
記号番号 〇国1234	・医院	
取得日 平成 令和 〇〇年11月1日		

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

郡市区等医師会記載
郡市区等医師会經由印

- 准組合員本人が、勤務先を退職・他の保険に加入・死亡・組合員(事業主)が資格を喪失したなどの場合には、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ので届の所定の欄(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 …… 准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 …… 准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有無に○を記入のうえ、有の場合は提出時に添付
- 資格喪失年月日 …… ※記入不要
- 医療機関・組合員 …… 勤務していた医療機関の所在地・名称・TEL・FAX・組合員名
- 准組合員 …… 准組合員の住所(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