

※	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)

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。

「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	※資格喪失年月日
准組合員	※	※	(氏) (名)		平成・令和 年 月 日	※ 4 平成・5 令和 年 月 日
家 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
	※	※			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

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

組 合 員 氏 名

〒	住 所	(組) 医国	-
---	-----	--------	---

准 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。								
<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>平成 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	平成 年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ いない</li> <li>・ いる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 添付している</li> <li>・ 後日医師国保組合へ送付する</li> </ul>
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	平成 年 月 日									

※	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)

※ 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**  
**准組合員世帯が喪失の場合**

記号		番号			
医国	990	9999	999	999	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
准組合員	※ 01	※	(氏) 元気 良子	(名)	30
			平成・令和	② 喪失事由該当年月日	※ 資格喪失年月日
			00年10月31日	00年10月31日	※ 4平成・5令和
					年 月 日
家	※	※	元気 たね	30	平成・令和
					※ 4平成・5令和
					年 月 日
族	※	※			平成・令和
					※ 4平成・5令和
					年 月 日
	※	※			平成・令和
					※ 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
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  
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・不要について〇をつけてください。	高齢受給者証の交付を受けている方の証返却について〇をつけてください。
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 平成〇〇年11月1日		

郡市区等医師会記載

- 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。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 …… 准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 …… 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
- 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・組合員名記入
- 准組合員 …… 准組合員の住所(住民票の住所)・氏名記入
- 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