

※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係

(組) 准 家族の
資格喪失届

※	書・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 / 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 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	※ 資格喪失年月日
家	※	※	(氏) (名)		平成・令和 年 月 日	資格確認書 有・無 被保険者証 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 被保険者証 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 被保険者証 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 被保険者証 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 被保険者証 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
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・被保険者証・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 年 月 日	送付先 組合員・准組合員 自宅 医院

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

※ 副理事長 担当事務局長 次長 課長(補佐) 係長 係

* 当組合より、資格確認書、被保険者証の交付を受けている場合は、各々の所の有無に○を記入し、有の場合は、提出時添付してください。

組 准 家族の 資格喪失届

※ 書証 高齢受給者証 個人番号 喪失証明書 入力

記入例 (准) 組合員家族が資格喪失

「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。

※印のところは記入しないでください。

Main table with columns: 記号, 番号, 種別, 個人コード, 前期子エック, 被保険者氏名, 事由番号, 喪失事由該当年月日, 当組合発行, 資格喪失年月日. Includes handwritten entries for '上本 一' and '上本 町子'.

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。)

Table with columns: 事由番号, 事由名称, 喪失事由該当年月日, 資格喪失年月日. Includes rows for 21 (転出), 23 (社会保険に加入), 26 (市町村国保に加入), 28 (死亡), 39 (その他).

理由 { }

令和〇〇年〇〇月〇〇日 上記のとおり資格確認書・被保険者証・高齢受給者証等を添えて届けま

〒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 住所 〒540-0123 〇〇市△△町5-9-7 准組合員氏名 上本 大地

Table with columns: 保険の種類, 保険者名, 記号番号, 取得日, 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. Includes handwritten entries like 'いない' and '添付している'.

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

組 准 資格喪失届(家族喪失用)提出にあたっての注意事項

- 組合員及び准組合員の家族が、就職等により他の保険に加入・婚姻など転居により世帯が分かれた・死亡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)
- 組合員家族の喪失の場合は、准組合員の住所・氏名欄は空欄にしてください。
- 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・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 >

- 医師国保発行の被保険者証、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被保険者証、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 …… 組合員もしくは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 …… 資格喪失される家族の氏名を記入
- 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>	}	1 婚姻等により世帯を離れた ……「21」を記入
		2 就職により政府管掌保険(社会保険)に加入した ……「23」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、被保険者証や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・組合員 …… 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