

※	副理事長	担当理事	事務局長	課長(補佐)	係長	係

組
准
**家族の  
資格喪失届**

※	被保険者証	高齢受給者証	喪失証明書	入力	チェック
	有	有 { 全員 一部	発送 / 自宅 ・ 医院		

※ 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。

記号		番号		医国		
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
家    族	※	※	(氏) (名)		平成 年 月 日	※4 平成 年 月 日
	※	※			平成 年 月 日	※4 平成 年 月 日
	※	※			平成 年 月 日	※4 平成 年 月 日
	※	※			平成 年 月 日	※4 平成 年 月 日
	※	※			平成 年 月 日	※4 平成 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 {

平成 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

TEL FAX

組合員氏名 (印)

---

〒

住所

准組合員氏名 (印)

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	送付先 組合員・准組合員 自宅 医院	・ 後日医師国保組合 へ送付する
記号番号		
取得日	平成 年 月 日	

大阪府医師国民健康保険組合 理事長 様

※ 副理事長	担当理事	事務局長	課長(補佐)	係長	係

組 准 家族の  
資格喪失届

※ 被保険者証	高齢受給者証	喪失証明書	入力	チェック
	全員	発	/	

記入例  
(准) 組合員家族が資格喪失の場合

記号		番号				
医国	9 9 9	9 9 9	9 9 9	9 8 7		
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
家	※	※	(氏) 上本 (名) 一	21	平成 〇〇年 10月 1日	※4 平成 年 月 日
	※	※	上本 町子	21	平成 〇〇年 10月 1日	※4 平成 年 月 日
族	※	※			平成 年 月 日	※4 平成 年 月 日
	※	※			平成 年 月 日	※4 平成 年 月 日
	※	※			平成 年 月 日	※4 平成 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
39	その他	事由該当年月日	

理由

平成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。

〒 543-0001  
所在地 大阪市天王寺区上本町2丁目1-20  
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 (国保印)  
〒 540-0123 (組) 医国 999 9999 - 001  
住所 〇〇市△△町5-9-7  
准組合員氏名 上本 大地 (上本印)

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	送付先 組合員・准組合員 自宅	・後日医師国保組合へ送付する
記号番号	医院	
取得日	平成 年 月 日	

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、被保険者証を使用できません。
  - ・ 資格喪失後の給付は一切ありません。

## &lt; 添付書類 &gt;

- 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 …… 組合員もしくは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 …… 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
- 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・組合員名記入の上、捺印
- 准組合員 …… 准組合員の住所(住民票の住所)・氏名記入の上、捺印
- 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