

※	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

※	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 / 一部	添 付 / なし	発 送 / 自宅 / 医院	
	お知らせ				
	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。

「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	前期チャック	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 族	※	※	(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
	※	※			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
	※	※			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

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	

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 年 月 日 令和	・ 医院

理由

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	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
---	-------	--------	------	-------	----

*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。

組 准 家族の
資格喪失届

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。

記号	番	号
医国 990	9999	987

※印のところは記入しないでください。記入不要です

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
家	※	※	(氏) 上本 一	21	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
	※	※	(名) 上本 町子	21	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
	※	※			平成・令和 年月日	資格確認書 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5-9-7

准組合員 氏名 上本 大地

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	・添付している
保険者名	・いる	・後日医師国保組合へ送付する
記号番号	送付先	
取得日 平成〇〇年10月1日	・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

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、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、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