

記入例

- 医師会退会日の翌日
  - 死亡した日の翌日
  - 退職日の翌日
  - 社会保険、共済組合、国保組合等の資格取得日
  - 海外転出した日の翌日
  - 世帯から転出した日
  - （厚生年金非該当者のみ）国民健康保険へ移行する日
  - ・・・など
- ※月を遡って資格喪失するときは、事実を証明する書類の添付が必要です。

所属地区医師会名  
〇〇市医師会

## 国民健康保険被保険者資格喪失届

組合員（医師）の記号番号を記入

組合員被保険者記号番号	101-00000000	資格喪失年月日	令和〇年4月1日 (退職日:令和〇年3月31日)
資格喪失者名	健康保子	組合員との続柄	1.組合員(医師本人) 2.組合員家族 続柄[ ] 3.准組合員(従業員) 4.従業員の家族
資格喪失理由	1.医師会退会 2.死亡 3.退職 4.社会保険加入 5.その他	喪失後の連絡先	〒000-0000 〇〇市〇〇2丁目〇-〇 ☎000-0000-0000
資格喪失証明書	要・不要	送付先	1.医療機関 2.自宅(喪失後の連絡先)
個人番号	123456789876	資格喪失理由	1.医師会退会 2.死亡 3.退職 4.社会保険加入 5.その他
個人番号	999988887777	喪失後の連絡先	同上
資格喪失証明書	要・不要	送付先	1.医療機関 2.自宅(喪失後の連絡先)
個人番号		資格喪失理由	1.医師会退会 2.死亡 3.退職 4.社会保険加入 5.その他
資格喪失証明書	要・不要	送付先	1.医療機関 2.自宅(喪失後の連絡先)
個人番号		資格喪失理由	1.医師会退会 2.死亡 3.退職 4.社会保険加入 5.その他
資格喪失証明書	要・不要	送付先	1.医療機関 2.自宅(喪失後の連絡先)
個人番号		資格喪失理由	1.医師会退会 2.死亡 3.退職 4.社会保険加入 5.その他
資格喪失証明書	要・不要	送付先	1.医療機関 2.自宅(喪失後の連絡先)

《「保険証」「資格確認書」をお持ちの方は、必ず返却してください。》

※資格喪失日の前日まで使用できます。  
※社会保険等加入による喪失で、次に加入した保険証等が手元にあるときは、新しい保険証等のコピーを添付いただくと手続きがスムーズです。

上記のとおりお届けいたします。  
令和〇年〇〇月〇〇日  
住所 さいたま市浦和区仲町〇-〇-〇

組合員(医師) 氏名 国保 太郎  
個人番号 123423453456

TEL 000-000-0000  
埼玉県医師国民健康保険組合理事長 様

【個人番号の利用目的について】  
当組合は、被保険者の個人番号  
同様の様式で過去に個人番号を記入したことがある場合は、組合員個人番号を省略できます。  
事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

証の返還について	以下の証の交付を受けていた場合は、組合に返還してください。 1.保険証(令和7年12月1日まで) 2.資格確認書 返還不能な場合は理由を記載してください。 本人が誤って破棄したため、返還できません。	委任欄	本届を下記代理人に委任します 令和〇年〇〇月〇〇日 住所 〇〇市〇〇1丁目〇-〇 組合員(医師)氏名 国保 太郎 住所 〇〇市〇〇3丁目〇-〇 代理人 〇〇社会保険労務士事務所 氏名 埼玉 彩子 TEL 000-000-0000
----------	---	-----	--

申請を社労士等に外部委託される際は、委任欄に記入の上、代理人の身分証明書コピーを添付してください。

※届出者である組合員本人確認(個人番号)が必要です。  
※遡って資格喪失する場合は、委任欄に記入の上、代理人の( )が必要です。

HP