様式第４号

証回収	データ処理

受付印

所属地区医師会名

国民健康保険被保険者資格 喪失 / 包括喪失 届

組合員 被保険者記号番号	—	資格喪失年月日 ※退職日の翌日、死亡した日の翌日、社会保険加入日等	令和　年　月　日 （退職日：令和　年　月　日）

資格喪失者名	組合員との続柄	資格喪失理由	喪失後の連絡先	資格喪失証明書
個人番号	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	1.医師会退会 2.死亡 3.退職 4.社会保険加入 5.その他 （　　）	〒 ☎	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	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	1.医師会退会 2.死亡 3.退職 4.社会保険加入 5.その他 （　　）	〒 ☎	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	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	1.医師会退会 2.死亡 3.退職 4.社会保険加入 5.その他 （　　）	〒 ☎	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	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	1.医師会退会 2.死亡 3.退職 4.社会保険加入 5.その他 （　　）	〒 ☎	要　・　不要 送付先 1.医療機関 2.自宅（喪失後の連絡先）

上記のとおりお届けいたします。

令和　　年　　月　　日

住　所

組合員

（医師）　氏　名

個人番号

ＴＥＬ

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を、番号法別表第１の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」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

「資格確認書」の交付を受けていた場合は、組合に返還してください。

返還不能な場合は理由を記載してください。

（　　）

委任欄

本届を下記代理人に委任します。

令和　　年　　月　　日

住所

組合員

(医師) 氏名

住所

代理人

氏名　　TEL

※　届出者である組合員からの郵送、持込以外（例えば社労士事務所からの郵送や持込）の場合は、委任欄に記入の上、代理人の身元確認（個人番号カード、運転免許証、パスポート等）の提示（コピーの添付）が必要です。

※　遡って資格喪失する場合は、新たに加入した健康保険資格確認書類のコピー（資格情報のお知らせ、資格確認書等）を添付してください。

HP