

|     |      |     |    |   |
|-----|------|-----|----|---|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 |
|     |      |     |    |   |

事務局使用欄

|      |      |    |     |
|------|------|----|-----|
| システム | 台帳記入 | 回収 | 異動簿 |
|      |      |    |     |

国民健康保険被保険者資格喪失届（第1種組合員）

|                                                                                                                                      |                                                                |               |               |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------|---------------|-------------------|
| 記号・番号                                                                                                                                |                                                                |               | 資格喪失<br>年 月 日 | 令和 年 月 日          |
| 喪失理由                                                                                                                                 | 1 社会保険加入（令和 年 月 日） 2 死亡（令和 年 月 日）<br>3 後期加入（令和 年 月 日） 4 その他（ ） |               |               |                   |
| 喪失の形態                                                                                                                                | 包括 ・ 家族のみ                                                      |               | 喪失証明書の発行      | 希望する ・ 希望しない      |
| 被保険者資格を喪失する者の氏名                                                                                                                      |                                                                | 組 合 員<br>との続柄 | 性別            | 生年月日              |
| 1                                                                                                                                    | フリガナ<br>-----                                                  |               | 男・女           | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 2                                                                                                                                    | フリガナ<br>-----                                                  |               | 男・女           | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 3                                                                                                                                    | フリガナ<br>-----                                                  |               | 男・女           | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 4                                                                                                                                    | フリガナ<br>-----                                                  |               | 男・女           | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 5                                                                                                                                    | フリガナ<br>-----                                                  |               | 男・女           | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 上記のとおり被保険者証、又は資格確認書を添えて届けます。<br>令和 年 月 日<br>〒<br>組合員自宅住所 _____<br>電話 ( )<br>組合員氏名 _____ 印<br>診療所名称 _____<br><br>埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様 |                                                                |               |               |                   |

- （注） 1 必ず資格を喪失する者の被保険者証、又は資格確認書を添付  
2 喪失年月日は、社保加入⇒社保加入日の翌日、死亡⇒死亡日の翌日  
3 次の健康保険の加入済の場合、資格確認書や資格情報通知書のコピーを添付

|     |                    |     |  |   |
|-----|--------------------|-----|--|---|
| 委任欄 | この届出を下記の代理人に委任します。 |     |  |   |
|     | 令和 年 月 日           |     |  |   |
|     | (代理人)              | 住 所 |  |   |
|     |                    | 氏 名 |  |   |
|     | 組合員氏名              |     |  | 印 |

※ 社会保険労務士事務所からの持ち込みや郵送の場合は、委任欄にご記入のうえ代理人の身元確認（個人番号カード、運転免許証、パスポート等）の提示または、郵送の場合は、コピーの添付が必要です。

## マイナンバー（個人番号）の記入

マイナンバー（個人番号）について、国民健康保険法施行規則第 11 条により届けます。

| No. | 被 保 険 者 氏 名 | 個 人 番 号 (12 桁) |
|-----|-------------|----------------|
| 1   |             |                |
| 2   |             |                |
| 3   |             |                |
| 4   |             |                |
| 5   |             |                |

【個人番号の利用目的】

本組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第 1 の第 30 の項「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。

※ 社会保険労務士事務所等に委任して提出される場合は、マイナンバー(個人番号)を記入して隠れるように保護シールを貼ってください。

◎ 加入時やその他の届出書等で、個人番号の確認に必要な書類(マイナンバーカードまたは、通知カードのコピー等)を本組合に提出済みの場合は、その後の添付は不要となります。

被保険者証を使用できるのは、資格喪失日の前日までですが、資格喪失時に返却せずにその後も医療機関を受診する「無資格受診」が発生しております。

既に資格を喪失し、無効となった被保険者証で受診された場合は、後日かかった医療費を当組合にお返しいただくことになります。

「無資格受診」が多く発生しますと一時的に医療費を立て替えることになる当組合の財政を圧迫することになり、国保保険料の上昇にもつながりかねません。

無効となった被保険者証は、速やかにご返却いただきますようお願いいたします。