

資格喪失届について

日頃より、大変お世話になっております。

保険証又は資格確認書をお持ちの方は喪失届に添付のうえ、ご申請ください。

紛失により添付できない場合【※】は、「誓約書」欄にも第一種組合員(事業主)の記名・押印をお願いいたします。

喪失希望日がある場合

喪失希望日より前に当組合へ届くようご申請ください。

喪失希望日以降に当組合へ届いた場合及び、喪失希望日の記載がない場合は、喪失届を受理した日が喪失日となり、遡りの喪失はできませんのでご了承ください。

資格があるのは喪失日の前日までです。

例) 退職日 3 月 31 日 資格喪失日 4 月 1 日

3 月 31 日まで資格を残す場合、喪失希望日は 4 月 1 日となります。

◆マイナ保険証をお持ちでない等の理由により、申請時に保険証又は資格確認書を添付できない場合【※】は、「誓約書」欄に第一種組合員(事業主)の記名・押印をお願いいたします。

保険証又は資格確認書は、喪失日以降、早急にご返却ください。

社会保険加入による喪失の場合

既に新しい保険に加入されている場合【※】は新しい保険の資格取得日に合わせて喪失することができます。

上記の必要書類(赤字)に**新しい保険証又は資格情報通知書(資格取得日記載部分含む)**又は**資格確認書のコピー**を添付のうえ、ご申請ください。

死亡による喪失の場合

上記の必要書類(赤字)に**死亡診断書又は埋葬許可証のコピー**を添付のうえ、ご申請ください。死亡日の翌日が喪失日【※】となります。

保険料について

医師国保の保険料は、月末締め翌月引落としとなっております。

月の途中での資格喪失の場合、その月の保険料は徴収しません。

【※】 喪失日以降に受診された医療費は、次に加えられる保険でお手続きください。

喪失日以降に医師国保の保険証を使用した場合、保険者負担分を第一種組合員等へ請求させていただき、次に加えられる保険で療養費の申請が必要となることもございますのでご了承ください。

*社労士・会計士等、代理人によるご申請の際は、委任欄に記入が必要となりますので、記入例をご確認ください。来所時は顔写真付きの身分証をお持ちください。

神奈川県医師国民健康保険組合

記入例

次の保険に加入する際、必要な場合があります。

家族のみ喪失する場合、組合員欄のご記入は不要です。

マイナンバー(個人番号)を必ずご記入ください。

マインバーを必ずご記入ください。

記載日をご記入ください。令和 6 年 12 月 2 日

診療所住所 神奈川県 横浜市中区富士見町3-1

診療所名称 **神奈川医師国保クリニック**

氏 名 医師 太郎

[illegible]

マイナンバーを必ずご記入ください。

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿

誓約書

被保険者証ならびに資格確認書を、紛失または回収不能の
資格喪失後の保険給付費については、貴組合に負担をかけ

被保険者証または資格確認書を添付出来ない場合は、第一種組合員の記名・押印をお願いいたします。

令和 6 年 12 月 2 日

第一種組合員氏名 医師 太郎

受付目付印

〔注〕資格喪失日については、届出受理した日とさせていただきます。

収入原簿	異動整理簿	被保険者台帳	証返納
は、			

※ 各申請書等で知り得た被保険者の個人情報

代理人(社労士等)による申請の場合は、
委任欄にご記入、ご捺印をお願いいたします。

用することはありません。

【委任欄】私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。 令和 6 年 12 月 2 日

受任者 住所 横浜市中区富士見町300-100

委任者 住所 横浜市中区富士見町3-1

(代理人) 氏名 神奈川 一郎

(第一種組合員) 氏名 医師 太郎

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者 記号番号	31-	資格喪失希望日	令和 年 月 日										
		資格喪失証明書	要（医院宛/自宅宛）・不要										
第一種 第二種	氏 名	資格喪失理由※											
		1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ()											
第二種 の 家 族		マイナンバー											
			1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ()										
		マイナンバー											
			1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ()										
		マイナンバー											
			1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ()										
		マイナンバー											
			1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ()										
		マイナンバー											
			1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ()										
	マイナンバー												
		1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. ()											

- ※
- 1. 医 師 会 退 会
 - 2. 廃 業
 - 3. 退 職
 - 4. 社会保険(共済)加入
 - 5. 転 出
 - 6. 死 亡
 - 7. 生活保護開始
 - 8. そ の 他

マイナンバーを必ずご記入ください。

上記のとおり被保険者証または資格確認書を添えて届けます。

令和 年 月 日

第一種組合員 〒

診療所住所 神奈川県

診療所名称

氏 名 ⑩ マイナンバー

マイナンバーを必ずご記入ください。

神奈川県医師国民健康保険組合理事長 殿

誓 約 書

被保険者証ならびに資格確認書を、紛失または回収不能のため添付できませんが、
資格喪失後の保険給付費については、貴組合に負担をかけない事を誓約いたします。

令和 年 月 日

第一種組合員氏名 ⑩

受付日付印

【注】 資格喪失日については、届出受理した日とさせていただきます。

決 裁	常務理事	事務長	次 長	主幹	主査	係
令和 年 月 日 決定						

収入原簿	異動整理簿	被保険者台帳	証返納

※ 各申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。

【委任欄】 私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。 令和 年 月 日

受任者 住所	委任者 住所
(代理人) 氏名 ⑩	(第一種組合員) 氏名 ⑩