

国民健康保険 被保険者資格喪失（脱退）届

記号番号	区分
新医 -	法人 個人 個 5 個任

氏名 フリガナ	資格喪失の事由 ※該当に○	喪失証明書の送付先 ※該当に○	記号番号	区分	交付	区分
個人番号（マイナンバー）	喪失事由年月日	【発行を希望する場合に記入】	喪失年月日		返還	
	社保加入・国保加入・死亡 生保加入・退職・転出 その他（ ）	自宅・自宅以外（自宅以外の場合以下を記入） 〒		医 師 従業員 医家族 従家族	保険証 確認書	介護 特定 前期
	令和 年 月 日	連絡先 - -	令和			
	社保加入・国保加入・死亡 生保加入・退職・転出 その他（ ）	自宅・自宅以外（自宅以外の場合以下を記入） 〒		医 師 従業員 医家族 従家族	保険証 確認書	介護 特定 前期
	令和 年 月 日	連絡先 - -	令和			
	社保加入・国保加入・死亡 生保加入・退職・転出 その他（ ）	自宅・自宅以外（自宅以外の場合以下を記入） 〒		医 師 従業員 医家族 従家族	保険証 確認書	介護 特定 前期
	令和 年 月 日	連絡先 - -	令和			
	社保加入・国保加入・死亡 生保加入・退職・転出 その他（ ）	自宅・自宅以外（自宅以外の場合以下を記入） 〒		医 師 従業員 医家族 従家族	保険証 確認書	介護 特定 前期
	令和 年 月 日	連絡先 - -	令和			

新潟県医師国民健康保険組合理事長 様

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

【届出者】（第1種組合員）

氏 名	
住 所	医院・自宅 ※いずれかに○ 〒 TEL
医療機関名	

本届出を下記代理人に委任します。

令和 年 月 日

【委任者】（第1種組合員）

氏 名	
代理人	事業所名・住所、担当者、TEL 〒 TEL

常務理事	事務長	課長	
受付	登録	賦課	交付
備考			