

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	
イシ イチロウ		社保加入・ <u>国保加入</u> ・死亡	自宅・自宅以外（自宅以外の場合以下を記入）		令和	保険証 確認書	介護 特定 前期
医 師 一 郎		生保加入・退職・転出 その他（ ）	〒				
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		令和 〇 年 〇 月 〇 日	連絡先 000 - 0000 - 0000				
イシ ハナコ		社保加入・ <u>国保加入</u> ・死亡	自宅・自宅以外（自宅以外の場合以下を記入）		令和	保険証 確認書	介護 特定 前期
医 師 花 子		生保加入・退職・転出 その他（ ）	〒				
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		令和 〇 年 〇 月 〇 日	連絡先 - -				
イシ シロウ		社保加入・ <u>国保加入</u> ・死亡	自宅・ <u>自宅以外</u> （自宅以外の場合以下を記入）		令和	保険証 確認書	介護 特定 前期
医 師 二 郎		生保加入・退職・転出 その他（ ）	〒000-0000 東京都〇〇〇〇				
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		令和 〇 年 〇 月 〇 日	連絡先 000 - 0000 - 0000				
		社保加入・国保加入・死亡	自宅・自宅以外（自宅以外の場合以下を記入）		令和	保険証 確認書	介護 特定 前期
		生保加入・退職・転出 その他（ ）	〒				
年 月 日		令和 年 月 日	連絡先 - -				

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 〇 年 〇 月 〇 日

【届出者】（第1種組合員）

氏 名	医 師 一 郎
住 所	<u>医院</u> ・自宅 ※いずれかに○ 〒000-0000 新潟市中央区医学町通二番町13番地 TEL 000-000-0000
医療機関名	国保クリニック

本届出を下記代理人に委任します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

【委任者】（第1種組合員）

氏 名	医 師 一 郎
代理人	事業所名・住所、担当者、TEL 〒000-0000 新潟市中央区医学町通〇〇 △△社労士事務所 △ △ △ △ TEL 000-000-0000

常務理事	事務長	課長	
受付	登録	賦課	交付
届けを社労士等に委任する際に記載。			
備考			