|  |
| --- |
| 国民健康保険被保険者資格喪失届 |
| 被保険者記号・番号 | 佐　医・ | 資格喪失年月日 | 令和　　　　　･　　 　　･ |
| 氏　　　　　名 | 続柄 | 生年月日 | 個人番号（マイナンバー） |
|  |  | Ｓ　Ｈ　Ｒ・ 　・ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ｓ　Ｈ　Ｒ・ 　・ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ｓ　Ｈ　Ｒ・ 　・ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Ｓ　Ｈ　Ｒ・ 　・ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※医師国保を喪失する理由、喪失後に加入される保険等を下記欄より選択し、ご記入下さい。 |
| 喪失理由 | 　　　　退　職　　　・　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 喪失後に加入する保険 | １．社会保険加入　　事業所名：　　　　　　　　　　加入年月日：　　　　　年　　　月　　　日　 | ※喪失後、市町国保加入等により、資格喪失証明書が必要な場合は○をつけてください。　　・証明書送付希望送付先住所　　・勤務先医療機関　　・自宅 |
| ２．生活保護開始　　開始年月日：　　　　　年　　　月　　　日　 |
| ３．死　　　　亡　　死亡年月日：　　　　　年　　　月　　　日　 |
| ４．共済組合加入　　保険者名：　　　　　　　　　　加入年月日：　　　　　年　　　月　　　日　 |
| ５．市町村国保・　　保険者名：　　国保組合加入　　加入年月日：　　　　　年　　　月　　　日　 |
| ６．その他（具体的にご記入下さい） |
| 上記の通りお届けします。　令和　　　年　　　月　　　日医療機関名（ 法人 ・ 個人 ）　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師従業員住所（住民票登録）　〒組合員　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ 　TEL　　　　　（　　　　）　　　　　　　※喪失後、連絡の取れる連絡先佐賀県医師国民健康保険組合理事長　様 |
| 上記の者は、当該医療機関の医療に従事していた者及びその家族に相違ありません。（※この欄は、従業員組合員及びその家族が喪失される場合のみ、医師組合員がご記入・ご捺印下さい。）　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師組合員氏名（事業主）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞ 　 |
| 資格確認書(保険証)添付 | 資格喪失年月日 | 適用除外取得年月日 | 特被 | 台　帳　訂　正 |
| 有　・　無 | 　　　・　　　　・　　 | 　　　・　　　・　 |  | 　　　　・　　　・　 |

※資格喪失日は、資格喪失の原因となる事実発生の翌日となります。

様式第２号