

※ 副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係



医師国保組合脱退届(75歳以上組合員)

※ 組合員証	被保険者証	高齢受給者証	喪失証明書	入力	チェック
有	有 { 全員一部	有 { 全員一部	発 送 / 自 宅 ・ 医 療 機 関		
/	/	/			

組合員証番号										
075		0								

(世帯喪失用)

※印の欄は記入しないでください。

種別	個人コード	前期チェック	組合員・被保険者氏名	事由番号	喪失事由該当年月日	※資格喪失年月日
組合員	※ 01	※	(氏) (名)	95	令和 年 月 日	※5 令和 年 月 日
家族被保険者	※	※			令和 年 月 日	※5 令和 年 月 日
家族被保険者	※	※			令和 年 月 日	※5 令和 年 月 日
家族被保険者	※	※			令和 年 月 日	※5 令和 年 月 日

**【記入上の注意など】**

- ・「喪失事由該当年月日」欄は、組合員本人および家族被保険者、いずれも希望する脱退日(届出日の翌日以降)を記入ください。
- ・家族の「事由番号」は、次に該当する番号を記入下さい。  
 23 … 社会保険に加入  
 26 … 市町村国民健康保険に加入  
 39 … その他 …この場合は、その理由を下欄に記入ください。
- ・「資格喪失年月日欄」ほか※印のある欄は、記入しないでください。
- ・70歳以上の家族被保険者は「高齢受給者証」も添付してください。

家族の被保険者資格喪失証明書の要・不要 ○で囲んでください。 【必ずご記入ください】	家族の方が次に加入する医療保険が決まっている場合は、記入(又は被保険者証コピーを添付)してください。								
・いない 送付先 { 組合員自宅 ・いる { 届出人住所 医療機関	<table border="1"> <tr> <td>保険の種類</td> <td>国保 ・ 共済 社保 ・ その他</td> </tr> <tr> <td>保険者名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>記号番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>取得日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> </table>	保険の種類	国保 ・ 共済 社保 ・ その他	保険者名		記号番号		取得日	令和 年 月 日
保険の種類	国保 ・ 共済 社保 ・ その他								
保険者名									
記号番号									
取得日	令和 年 月 日								

上記のとおり医師国保組合を脱退いたしたく、該当する者の組合員証、被保険者証(及び高齢受給者証)等を添えて届けます。

令和 年 月 日 (上記各種の証を紛失された場合は、紛失届をご提出ください。)  
(届出日)

組 合 員  
住 所 〒 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

組合員の医療機関  
所在地 〒 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
名 称 \_\_\_\_\_

※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係

組

記入例  
組合員世帯が任意脱退の場合

医師国保組合脱退届(75歳以上組合員)

員証	被保険者証	高齢受給者証	喪失証明書	入力	チェック
有	全員一部	有	全員一部	發送	
			自宅・医療機関		

組合員証番号				(世帯喪失用)		
075	990	9999	999			
種別	個人コード	前期チェック	組合員・被保険者氏名	事由番号	喪失事由該当年月日	※資格喪失年月日
組合員	※01	※	(氏) 国保 太郎	95	令和 〇〇年 11月 30日	※5 令和 〇〇年 12月 1日
家族被保険者	※	※	(名) 国保 花子	26	令和 〇〇年 12月 1日	※5 令和 〇〇年 12月 1日
	※	※			令和 年 月 日	※5 令和 年 月 日
	※	※			令和 年 月 日	※5 令和 年 月 日

※印の欄は記入しないでください。

【記入上の注意など】

- ・「喪失事由該当年月日」欄は、組合員本人および家族被保険者、いずれも希望する脱退日(届出日の翌日以降)を記入ください。
- ・家族の「事由番号」は、次に該当する番号を記入下さい。  
23 … 社会保険に加入  
26 … 市町村国民健康保険に加入  
39 … その他 …この場合は、その理由を下欄に記入ください。
- ・「資格喪失年月日欄」ほか※印のある欄は、記入しないでください。
- ・70歳以上の家族被保険者は「高齢受給者証」も添付してください。

家族の被保険者資格喪失証明書の要・不要 ○で囲んでください。 【必ずご記入ください】	家族の方が次に加入する医療保険が決まっている場合は、記入(又は被保険者証コピーを添付)してください。								
・いない 送付先 組合員自宅 ・いる 届出人住所 医療機関	<table border="1"> <tr> <td>保険の種類</td> <td>国保・共済 社保・その他</td> </tr> <tr> <td>保険者名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>記号番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>取得日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> </table>	保険の種類	国保・共済 社保・その他	保険者名		記号番号		取得日	令和 年 月 日
保険の種類	国保・共済 社保・その他								
保険者名									
記号番号									
取得日	令和 年 月 日								

上記のとおり医師国保組合を脱退いたしたく、該当する者の組合員証、被保険者証(及び高齢受給者証)等を添えて届けます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日 (上記各種の証を紛失された場合は、紛失届をご提出ください。)  
(届出日)

組合員 542-0062  
住所 〒 大阪市中央区上本町西3丁目1-5  
電話 06(6761)0099 FAX 06(6761)0096  
氏名 国保 太郎

組合員の医療機関  
所在地 〒 542-0062 大阪市中央区上本町西3丁目1-7  
電話 06(6761)8096 FAX 06(6761)8096  
名称 (医) 国保医院

郡市区等医師会記載

