※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係

准
被保険者資格喪失届
 (准組合員世帯喪失用)

書・証	高齢受給者証	個人番号	喪失証明書	入 力
有	有 { 全員 一部	添付 なし	発 送	
/	/	/	自宅 ・ 医院	

記 号	番 号
医 国	0

※印のところは記入しないでください。

「提出にあたっての注意事項」及び「記入例」を参照の上、ご記入ください。

種別	個人コード	前期チェック	被保険者氏名	①事由番号	②喪失事由該当年月日	③当組合発行 資格確認書 有・無 被保険者証 有・無	※資格喪失年月日
准組合員	※	※	(氏) (名)		平成・令和 年 月 日	資格確認書 有・無 被保険者証 有・無	※ 4 平成・5 令和 年 月 日
家 族	※	※			平成・令和 年 月 日	資格確認書 有・無 被保険者証 有・無	※ 4 平成・5 令和 年 月 日
	※	※			平成・令和 年 月 日	資格確認書 有・無 被保険者証 有・無	※ 4 平成・5 令和 年 月 日
	※	※			平成・令和 年 月 日	資格確認書 有・無 被保険者証 有・無	※ 4 平成・5 令和 年 月 日
	※	※			平成・令和 年 月 日	資格確認書 有・無 被保険者証 有・無	※ 4 平成・5 令和 年 月 日

左記『①事由番号』欄には下表の該当する事由番号を、『②喪失事由該当年月日』欄にはその該当日を記入してください。喪失事由が『その他』の場合は、その理由も併せて記入してください。(資格喪失年月日欄は記入しないでください。)

① 事由番号	事 由 名 称	② 喪失事由該当年月日	※ 資格喪失年月日
21	転出	転出日	転出日の翌日
23	社会保険に加入	社会保険の資格取得日	社会保険の資格取得日
26	市町村国保に加入	市町村国保の資格取得日	市町村国保の資格取得日
28	死亡	死亡日	死亡日の翌日
30	退職	退職日	退職日の翌日
39	その他	事由該当年月日	

理由 { }

令和 年 月 日 上記のとおり資格確認書・被保険者証・高齢受給者証等を添えて届けます。

〒

所 在 地

医 療 機 関 名 称

T E L

F A X

組 合 員 氏 名

〒	(組) 医国	-
住 所		
准 組 合 員 氏 名		

当組合を喪失後加入する医療保険が明らかな場合は、ご記入又はコピーを添付してください。	資格喪失証明書の要・不要について○をつけてください。	高齢受給者証の交付を受けている方の証返却について○をつけてください。
保険の種類	国保・共済 社保・その他	・ いない ・ いる
保険者名		・ 添付している
記号番号		・ 後日医師国保組合へ送付する
取得日	平成 年 月 日	送付先 准組合員自宅 医院

※	副理事長	担当理事	事務局長	次長	課長(補佐)	係長	係

*当組合より、資格確認書、被保険者証の交付を受けている場合は、各々の所の有無に○を記入し、有の場合は、提出時添付してください。

准 被保険者資格喪失届
(准組合員世帯喪失用)

※	書・証	高齢受給者証	個人番号	喪失証明書	入 力

記入例
准組合員世帯が喪失の場合

「提出にあたっての注意事項」及び「記入例」を参照の上、ご記入ください。

記 号		番 号		被 保 険 者 氏 名	① 事由番号	② 喪失事由該当年月日	③ 当組合発行 資格確認書 有・無 被保険者証 有・無	※ 資格喪失年月日
医国	9 9 0	9 9 9 9	9 9 9					
種別	個人コード	前期チェック		(氏)	(名)			
准組合員	01			元気	良子	平成・令和 6年12月1日	資格確認書 有・無 被保険者証 有・無	※ 4平成・5令和 年 月 日
家				元気	たね	平成・令和 6年12月1日	資格確認書 有・無 被保険者証 有・無	※ 4平成・5令和 年 月 日
族						平成・令和 年 月 日	資格確認書 有・無 被保険者証 有・無	※ 4平成・5令和 年 月 日
						平成・令和 年 月 日	資格確認書 有・無 被保険者証 有・無	※ 4平成・5令和 年 月 日

※印のところは記入しないでください。

左記『①事由番号』欄には下表の該当する事由番号を、『②喪失事由該当年月日』欄にはその該当日を記入してください。喪失事由が『その他』の場合は、その理由も併せて記入してください。(資格喪失年月日欄は記入しないでください。)

① 事由番号	事 由 名 称	② 喪失事由該当年月日	※ 資格喪失年月日
21	転出	転出日	転出日の翌日
23	社会保険に加入	社会保険の資格取得日	社会保険の資格取得日
26	市町村国保に加入	市町村国保の資格取得日	市町村国保の資格取得日
28	死亡	死亡日	死亡日の翌日
30	退職	退職日	退職日の翌日
39	その他	事由該当年月日	

理由 { }

令和〇〇年〇〇月〇〇日 上記のとおり資格確認書・被保険者証・高齢受給者証等を添えて届けま

〒 542-0062
所在地 大阪市中央区上本町西3丁目1-7
医療機関 名称 (医) 国保医院
TEL 06 (6761) 8096 FAX 06 (6761) 8096
組合員 氏 名 国保 一郎
〒 540-0123 (組) 医国 999 9999 - 001
住 所 〇〇市△△町5-5-5
准組合員 元気 良子

当組合を喪失後加入する医療保険が明らかな場合は、ご記入又はコピーを添付してください。	資格喪失証明書の要・不要について○をつけてください。	高齢受給者証の交付を受けている方の証返却について○をつけてください。
保険の種類 国保・共済 社保・その他	・ いない ・ いる	・ 添付している
保険者名 〇〇市	送付先 准組合員自宅	・ 後日医師国保組合へ送付する
記号番号 〇国1234	医院	
取得日 平成 〇〇年 11月 1日 令和		

郡市区等医師会記載

- 准組合員本人が、勤務先を退職・他の保険に加入・死亡・組合員(事業主)が資格を喪失したなどの場合には、資格喪失届を事由が発生した日から14日以内にご提出ください。
(喪失理由が死亡の場合は、葬祭費支給申請書も併せて提出ください)
- この届には所属郡市区等医師会の経由印が必要です。
- 次に加入する保険が、市町村国保の場合は、資格喪失証明書が必要です。届の所定の欄(届右下欄)に○をつけてください。市町村国保加入の手続きは、資格喪失後14日以内に済ませてください。
手続き遅延により、保険給付を受けられない場合があります。
- 資格喪失日以降は、被保険者証・資格確認書を使用できません。
・ 資格喪失後の給付は一切ありません。

＜ 添付書類 ＞

- 医師国保発行の被保険者証、資格確認書
- 高齢受給者証
・ 高齢受給者証の交付を受けている場合は添付。
(返却方法については、届の所定の欄を○で囲む。)
- 1ヵ月以上経過後に届出の場合・・・理由発生の日が確認できる書類
・ 遅延の届出については、その理由発生の日が確認できる書類
(当組合喪失後加入している公的保険の被保険者証、資格確認書・資格情報のお知らせの写し・転出等の場合は住民票等)を添付。
- 個人番号届出書 (S-15)

★記入方法

- 記号・番号 …… 准組合員の被保険者記号・番号を記入
- 個人コード …… ※記入不要
- 前期チェック …… ※記入不要
- 被保険者氏名 …… 准組合員と加入の家族全員の氏名を記入
- ①事由番号 …… 届の右欄の表を参照の上、事由番号の中から、該当する番号を選び記入
 <例> { 政府管掌保険(社会保険)に加入した・・・「23」を記入
           { 勤務していた医療機関を退職した・・・「30」を記入
- ②喪失事由該当年月日 …… 届の右欄の表を参照の上、喪失事由該当年月日を記入
- ③当組合発行 …… 当組合より、被保険者証や資格確認書の交付を受けている場合は、各々の所の有無に○を記入のうえ、有の場合は提出時添付。
- 資格喪失年月日 …… ※記入不要
- 医療機関・組合員 …… 勤務していた医療機関の所在地・名称・TEL・FAX・組合員名
- 准組合員 …… 准組合員の住所(住民票の住所)・氏名
- 保険の種類・保険者名・記号番号・取得日 …… 当組合喪失後加入する医療保険が明らかな場合は記入
又はコピー添付
- 資格喪失証明書の要・不要・送付先について …… 該当する項目を○で囲む
- 高齢受給者証の返却について …… 高齢受給者証の交付を受けている場合、返却について
該当する項目を○で囲む