

国民健康保険被保険者資格喪失届

※必ず申請書の項目はご記入下さい

被保険者番号	沖医国		喪失区分	<input type="checkbox"/> 包括喪失 <input type="checkbox"/> 一部喪失	
資格喪失日	令和 年 月 日 ※後期制度加入、社保加入、死亡の場合はその日の翌日を記入。 国保加入の場合は加入する日と同日をご記入下さい。				
喪失後受診有無の確認	資格喪失日以降に医師国保の資格確認書（保険証）を利用しましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→（連絡先電話番号： ） ※従業員組合員の場合、ご本人の携帯電話等、連絡が取りやすい番号をお願いします。				
喪失する被保険者の氏名		性別	生年月日	続柄	資格喪失の理由 ※ <input checked="" type="checkbox"/> を付けて下さい
1	(フリガナ)	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		社会保険加入 (<input type="checkbox"/> 協会けんぽ・ <input type="checkbox"/> 共済組合・ <input type="checkbox"/> 健康保険組合) 国保加入 (<input type="checkbox"/> 市町村国保・ <input type="checkbox"/> 他国保組合) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険加入(75歳到達) <input type="checkbox"/> 後期組合員脱退(75歳以上の在籍者) <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 令和 年 月 日)
	個人番号				
2	(フリガナ)	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		社会保険加入 (<input type="checkbox"/> 協会けんぽ・ <input type="checkbox"/> 共済組合・ <input type="checkbox"/> 健康保険組合) 国保加入 (<input type="checkbox"/> 市町村国保・ <input type="checkbox"/> 他国保組合) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険加入(75歳到達) <input type="checkbox"/> 後期組合員脱退(75歳以上の在籍者) <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 令和 年 月 日)
	個人番号				
3	(フリガナ)	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		社会保険加入 (<input type="checkbox"/> 協会けんぽ・ <input type="checkbox"/> 共済組合・ <input type="checkbox"/> 健康保険組合) 国保加入 (<input type="checkbox"/> 市町村国保・ <input type="checkbox"/> 他国保組合) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険加入(75歳到達) <input type="checkbox"/> 後期組合員脱退(75歳以上の在籍者) <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 令和 年 月 日)
	個人番号				
4	(フリガナ)	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		社会保険加入 (<input type="checkbox"/> 協会けんぽ・ <input type="checkbox"/> 共済組合・ <input type="checkbox"/> 健康保険組合) 国保加入 (<input type="checkbox"/> 市町村国保・ <input type="checkbox"/> 他国保組合) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険加入(75歳到達) <input type="checkbox"/> 後期組合員脱退(75歳以上の在籍者) <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 令和 年 月 日)
	個人番号				
5	(フリガナ)	男・女	昭和・平成・令和 年 月 日		社会保険加入 (<input type="checkbox"/> 協会けんぽ・ <input type="checkbox"/> 共済組合・ <input type="checkbox"/> 健康保険組合) 国保加入 (<input type="checkbox"/> 市町村国保・ <input type="checkbox"/> 他国保組合) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険加入(75歳到達) <input type="checkbox"/> 後期組合員脱退(75歳以上の在籍者) <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 令和 年 月 日)
	個人番号				
資格喪失証明書		<input type="checkbox"/> 必要（送付先： <input type="checkbox"/> 医療機関宛 <input type="checkbox"/> 自宅宛） <input type="checkbox"/> 不必要			
上記のとおり被保険者証を添えて届けます。 沖縄県医師国民健康保険組合理事長 殿 令和 年 月 日 【医師組合員】 被保険者番号：沖医国 <input type="text"/>				届出 代行者 (担当者)	事業所名称：
個人番号： <input type="text"/> 自宅住所： 医師組合員氏名（自署） _____					担当者氏名：
					TEL：

【個人番号の利用目的について】
 当組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収事務で利用する。
 ※各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報、法令に定める場合を除き組合業務の目的以外で利用することはありません。

組合 記入 欄	受付印	資格確認書回収日
		令和 年 月 日
		備考
		処理日： 連動日： 証明書： 共通：

《資格喪失（脱退）の届出について》

◇組合員（医師・従業員）及び家族の「被保険者の資格喪失」の届出に関するご案内です。

◇下記事項を確認の上、事実が発生した日から直ちにご提出願います。

【提出するもの】

- ① 国民健康保険被保険者資格喪失届
- ② 資格確認書（保険証）※包括喪失の場合は、加入者全員分の返却をお願いします。

【届出の記載事項について】

喪失区分	包括喪失…医師・従業員組合員が喪失する場合（全加入者喪失） 一部喪失…医師・従業員組合員世帯の家族が喪失する場合
資格喪失日	被保険者資格を喪失される日付をご記入ください。 <被保険者でなくなる日> a 国保に加入する日と同日 b 社会保険に加入した日の翌日 c 事業所を退職する日の翌日 d 75歳を迎えて後期高齢者の保険に移る場合は、誕生日の翌日 e 死亡した日の翌日
資格喪失の理由	該当箇所にレ点をつけてください。
資格喪失証明書	該当箇所にレ点をつけてください。 証明書が「必要」の場合、希望される送付先へレ点をつけてください。
医師組合員の署名	本手続きは、医師組合員の署名がない場合は手続きいたしかねますので、必ずご確認ください。 ※組合員の葬祭に係る喪失の場合は、ご遺族の署名をお願いいたします。

【注意事項】

- ・資格喪失の際、資格確認書（保険証）の返却が必須です。※資格喪失後受診の防止のため
- ・資格喪失後に医師国保組合の資格確認書（保険証）は使用しないで下さい。
万一使用された場合は、医療費をご返還頂く手続きが必要になりますのでご容赦ください。
- ・資格喪失の理由が「死亡」の場合、葬祭費支給申請書を別途お送りいたしますので、本組合までご連絡ください。
- ・申請内容に不備がある場合、本組合より内容確認を行いますのでご容赦ください。

沖縄県医師国民健康保険組合

〒901-1105

南風原町字新川218-9

TEL：098-888-0087

FAX：098-888-0089