

# 被保険者資格喪失届

(様式第1号-2)

鹿児島県医師国民健康保険組合 御中

下記の通り資格を喪失したいので届出ます

申請日		令和 年 月 日				
医療機関所在地	〒 ー	記号・番号	3010			
医療機関名		医師組合員名				
資格喪失年月日 ※社会保険等加入→社会保険等の資格取得日 退職→退職日の翌日 死亡→死亡日の翌日		資格喪失年月日 (退職年月日)	令和 年 月 日 (退職 令和 年 月 日)			
鹿児島県						
(現住所) 〒 ー						
被保険者を喪失する者の氏名		性別	生年月日	個人番号	続柄	喪失理由
(カナ) (氏名)	男	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	/	医師本人 家族 従業員 家族	国保転出 社保加入 後期高齢者 死亡
	女					
(カナ) (氏名)	男	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	/	医師本人 家族 従業員 家族	国保転出 社保加入 後期高齢者 死亡
	女					
(カナ) (氏名)	男	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	/	医師本人 家族 従業員 家族	国保転出 社保加入 後期高齢者 死亡
	女					
(カナ) (氏名)	男	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	/	医師本人 家族 従業員 家族	国保転出 社保加入 後期高齢者 死亡
	女					
(カナ) (氏名)	男	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	/	医師本人 家族 従業員 家族	国保転出 社保加入 後期高齢者 死亡
	女					

(注意事項)

- 新しく取得された社会保険等の被保険者証の写し又は、資格確認書・資格情報のお知らせの写しを添付してください。
- 医師国保組合の被保険者証又は、資格確認書はご返却下さい。
- 喪失手続きは14日以内にご提出下さい。

(事務使用欄)

区分		減	異動	遡及	役員	課長	検印	受付
医師	本人	医療						
		支援金						
		介護						
家族	医療	医療			都市医師会			医師会
		支援金						
		介護						
従業員	本人	医療			会員区分		A・B・C	
		支援金						
		介護						
	家族	医療			届出年月日		月 日	
		支援金						
		介護						
後期高齢者					喪失年月日	月 日		
合計					被保険者証の回収	月 日		