

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

医療機関所在地	〒 -	申請日	平成 年 月 日			
医療機関名		記号・番号	3010			
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		医師組合員名	捺印			
		資格喪失年月日 (退職年月日)	平成 年 月 日 (退職 平成 年 月 日)			

鹿児島県

(現住所) 〒 -

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	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
(カナ) (氏名)	女	大正 昭和 平成	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
(カナ) (氏名)	男	大正 昭和 平成	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
(カナ) (氏名)	女	大正 昭和 平成	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
(カナ) (氏名)	男	大正 昭和 平成	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
(カナ) (氏名)	女	大正 昭和 平成	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

(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を添付してください。
- 医師国保組合の被保険者証はご返却下さい。
- 喪失手続きは30日以内にご提出下さい。

(事務使用欄)

区分		減	異動	遡及	役員	事務長	検印	受付
医師	本人	医療						
		支援金						
		介護						
家族	医療	医療			郡市医師会			医師会
		支援金						
		介護						
				会員区分		A・B・C		
従業員	本人	医療			被保険者証の喪失		月 日	
		支援金						
		介護						
家族	医療	医療			被保険者証の回収		月 日	
		支援金						
		介護						
後期高齢者				特定被保険者喪失		月 日		
合計								