

決 裁	常務 理事	事務長	係	被保険者証等 返還年月日	PC入力	被保険者 台帳訂正	適用除外 PC入力	適用除外 台帳訂正	異動整理 簿記入	賦課
				年 月 日						

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者記号番号		佐 歯	第 号		
被 保 険 者	氏 名	性 別	組 合 員 との続柄	生 年 月 日	
	個人番号	男 ・ 女		昭 平 令	・
		枝 番	昭 平 令		・
				昭 平 令	・
		男 ・ 女	昭 平 令		・
	個人番号	枝 番		昭 平 令	・
			昭 平 令		・
		男 ・ 女		昭 平 令	・
	個人番号	枝 番	昭 平 令		・
				昭 平 令	・
		男 ・ 女	昭 平 令		・
	個人番号	枝 番		昭 平 令	・
		昭 平 令	・		

資格喪失の理由 退職・社会保険加入・死亡・その他（ ）

喪失理由の該当年月日 上記の喪失理由（退職日、社会保険加入日等）の日付を記入してください。
令和 年 月 日

資格喪失 年月日	※組合記入 令和 年 月 日	資格喪失 証明書	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ※送付先 <input type="checkbox"/> 下記組合員住所 <input type="checkbox"/> 歯科医院 <input type="checkbox"/> その他
-------------	-------------------	-------------	---

上記のとおり届けます
記入日 年 月 日
甲種組合員 住所
乙種 氏名
電話番号 - -
佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

甲種組合員（歯科医師） の承認欄 ※この欄は、乙種組合員 （従業員）又はその家族 の者が喪失するときの み記入して下さい。	上記のことについて承認します。 医療機関名称 _____ 甲種組合員氏名（事業主） _____
--	---

◇この届は、資格喪失する方の「被保険者証」又は「資格確認書」を添えて、事実発生の日から原則14日以内に事業主を経由してご提出ください。なお「資格情報のお知らせ」の添付は不要です。

[該当者のみ添付：限度額適用認定証、高齢受給者証（70歳以上の方）]

◇資格喪失の年月日以降「被保険者証」「資格確認書」「資格情報のお知らせ」は使用できません。（退職の場合は退職日の翌日から使用できません。）

《記入方法》

被 保 険 者 記 号 番 号	「被保険者証」「資格確認書」「資格情報のお知らせ」に記載されている被保険者番号（8桁）を記入
被 保 険 者	喪失する組合員及び家族を記入 家族の喪失の場合は喪失する家族のみを記入
個 人 番 号（マイナンバー）	個人番号カードまたは通知カードに記載の個人番号（12桁）を記入
枝 番	被保険者証に記載されている枝番（2桁）を記入
組 合 員 と の 続 柄	組合員からみた続柄（例）本人・妻・子等
資 格 喪 失 の 理 由	該当するものに○を記入
喪失理由の該当年月日	該当年月日を記入 ・退 職 … 退職日 ・社会保険加入 … 次に加入する社会保険への加入日 ・死 亡 … 死亡日
資 格 喪 失 証 明 書	次の健康保険に加入する際、提出が必要な方はチェックを記入 組合員住所、歯科医院以外に送付を希望される場合は、その他にチェックを入れ、送付先を記入
甲 種 ・ 乙 種 組 合 員	該当するものに○を記入 甲種組合員…佐賀県歯科医師会会員である先生 乙種組合員…従業員
住 所 ・ 氏 名 ・ 電 話 番 号	喪失する組合員本人の住所（歯科医師国保に登録の住所）、氏名、電話番号（自宅又は携帯電話）を記入

《書類提出先》

〒840-0045 佐賀県佐賀市西田代2丁目5-24

佐賀県歯科医師国民健康保険組合 TEL 0952-28-7551

記入例

国民健康保険被保険者資格喪失届

8桁の被保険者番号

被保険者記号番号		佐 歯	第 ○○○○○○○○ 号	
被 保 険 者	氏 名	性 別	組 合 員 との続柄	生 年 月 日
	組合花子	男・女	本人	昭 平 令 1・12・1
	個人番号	枝 番		
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8 7 6	0 1		
	男・女		昭 平 令 . .	
	個人番号	枝 番		
	男・女		昭 平 令 . .	
	個人番号	枝 番		
	男・女		昭 平 令 . .	
	個人番号	枝 番		

資格喪失の理由 **退職** 社会保険加入・死亡・その他 ()

喪失理由の該当年月日 令和 6 年 11 月 30 日

資格喪失年月日	※組合記入 令和 年 月 日	資格喪失証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ※送付先 <input checked="" type="checkbox"/> 下記組合員住所 <input type="checkbox"/> 歯科医院 <input type="checkbox"/> その他
---------	-------------------	---------	---

※別の送付先を希望される場合はこちらに住所を記入

上記のとおり届けます
 記入日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

甲種組合員 住所 佐賀市西田代○丁目○番地○
 乙種 氏名 組合花子
 電話番号 ○○○-○○○○-○○○○

佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

喪失する組合員本人

甲種組合員（歯科医師）の承認欄 ※この欄は、乙種組合員（従業員）又はその家族の者が喪失するときのみ記入して下さい。	上記のことについて承認します。 医療機関名称 国保歯科医院 甲種組合員氏名（事業主） 国保太郎
--	---