

資格喪失届の記入の仕方

※被保険者証記号番号ごとに一枚を記入してください（別の記号番号の組合員の方と連記しないでください）。
 ※必ず喪失される方の保険者証（原本）を添付ください。

大阪府歯科医師国民健康保険組合
被保険者資格喪失届

〒 〇〇〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇

◎太線の中のみ黒のボールペンで記入してください。

被保険者証記号番号	
支 部	記 号 番 号

◎一人（一世帯）一枚ご記入ください。但し家族は連記して下さい。

フリガナ	資格喪失する者の氏名 (漢字で記入して下さい)	続柄	生年月日	資格喪失日	事 由	通 及
1	昭平	昭平	年 月 日	年 月 日	1 転出 2 社保加入 3 死亡 4 後期高齢者加入 5 その他	
2	昭平	昭平	年 月 日	年 月 日	1 転出 2 社保加入 3 死亡 4 後期高齢者加入 5 その他	
3	昭平	昭平	年 月 日	年 月 日	1 転出 2 社保加入 3 死亡 4 後期高齢者加入 5 その他	
4	昭平	昭平	年 月 日	年 月 日	1 転出 2 社保加入 3 死亡 4 後期高齢者加入 5 その他	
5	昭平	昭平	年 月 日	年 月 日	1 転出 2 社保加入 3 死亡 4 後期高齢者加入 5 その他	

上記の通り被保険者証を添付の上お届けします。

平成 年 月 日

診 療 所 住 住 所	〒
電 話 番 号	()
甲種組合員氏 名	印

大阪府歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

受 付 日 月 日	被保険者証返納	受 領 印
処 理 権 係	月 日	

当組合を喪失後加入する医療保険が明らかでない場合は、下記にご記入いただくか被保険者証(コピー)を添付して下さい。

保 険 種 類	国保・社保 共済・その他	喪失証明書 ・要 ・不要
保 険 者 名		
記 号 番 号		

※資格喪失証明書が必要な場合は、返信用封筒に送付先をご記入の上同封して下さい。

喪失される組合員の方の保険証の記号番号を記入してください。

喪失者の氏名、フリガナ、性別、生年月日を記入してください。

本人のみの場合は1の欄に、ご家族も喪失の場合は2以下の欄に続けて記入してください。喪失される方が、ご家族のみの場合は、1の欄から記入してください。

続柄欄は、組合員本人は本人、ご家族は本人からみた続柄(妻、子、父、母...)を記入してください。

事由は次に加入する保険が
 転出→市町村国保
 社保加入→社会保険・共済
 後期高齢者加入→後期高齢者医療広域連合
 その他→その他の保険・未定のいずれかに○をしてください。

必ず院長先生の署名と捺印が必要です。

診療所の住所を記入してください。

資格喪失証明書が必要な場合は、「要」に○をして、返信用封筒に送付先を明記し、同封してください。

※喪失証明書は喪失日以降の発行となります。

資格喪失日は、資格喪失届と被保険者証が不備なく、組合に到着した日となります。
 喪失日の前日まで有効の保険となります。喪失した月の保険料はかかりません。但し、加入月と喪失月が同じ場合はひと月分の保険料がかかります。
 ※保険料の控除はひと月遅れとなります。

- 次に加入の保険にあわせて、喪失日を遡りたい場合
 『加入先の健康保険者証のコピー』を同時に提出ください。喪失日を加入した日に遡ることができます。
- 喪失日を先日付にしたい場合
 希望日まで不備なく到着させていただき、喪失日をご記入いただくか、喪失希望日を記載したメモを同封ください。

※厚生年金をかけている組合員の方は、厚生年金を喪失した日に遡ることができます。
 後日、年金事務所より送付される『健康保険・厚生年金保険資格喪失確認通知書のコピー』を同時に提出ください。
 添付がなければ、不備なく到着した日が喪失日となります。