

記載例

被保険者資格喪失届

資格喪失日について

喪失時の状況	資格喪失日
① 退職・死亡	該当日の翌日
② 家族の喪失(就職)	新被保険者証取得日の翌日
③ 市町村転出	転出日

被保険者証記号番号										資格喪失日		令和		04		年		04		月		01		日	
歯	国	1	2	・	0	3	4	5	-	0	0	1													
資格喪失事由												退職日の翌日を記載 (被保険者証は喪失日から無効)													
<input type="checkbox"/> 市町村国保加入 <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険加入 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 後期高齢加入 <input type="checkbox"/> その他												【保険料について】 喪失月の保険料(翌月控除分)は不要。 (例) 3月31日退職の場合、喪失日は4月1日。 → 3月分(4月控除)保険料まで必要。													

資格喪失する者の氏名	続柄	喪失後加入予定の保険者		証回収
(フリガナ) コクホ タロウ	本人	種類	市町村国保 <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 回収(/)
国保 太郎 (組合員本人)		名称	全国健康保険協会 (協会けんぽ)	<input type="checkbox"/> 紛失
(フリガナ) コクホ ハナコ	妻	種類	市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 回収(/)
国保 花子 (家族)		名称	全国健康保険協会 (協会けんぽ)	<input type="checkbox"/> 紛失
(フリガナ) コクホ シロウ	子	種類	市町村国保 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 回収(/)
国保 次郎 (家族)		名称	全国健康保険協会 (協会けんぽ)	<input type="checkbox"/> 紛失
(フリガナ)		種類	市町村国保・社会保険・その他	<input type="checkbox"/> 回収(/)
(フリガナ)		種類	市町村国保・社会保険・その他	<input type="checkbox"/> 回収(/)

【添付書類】

- ①被保険者証(または紛失届)・個人番号届出書
 ※紛失届(被保険者証が添付できない場合)は、組合までご連絡ください。
- (※②③④は、該当する場合に必要)
- ②遅延理由書(概ね3ヶ月以上届出が遅延した場合)
- ③新被保険者証の写し(家族が就職する場合等)
- ④健康保険・厚生年金保険資格喪失確認通知書の写し(厚生年金適用者の場合)

大阪府歯科医
上記のとおり
(法令により、

甲種組合員氏名 (事業主)	事業主の氏名・個人印 (法人印は不可)	(個人印) 印	診療所所在地	診療所の名称・所在地・電話番号 を記載してください。
診療所名				

組合員本人 氏名※	喪失する組合員世帯の 組合員本人の氏名・印 (事業主の印は不可)	(個人印) 印	住所※	自宅の住所(住民票上の住所) 電話番号を記載してください。
--------------	--	------------	-----	----------------------------------

※ (申請対象: 甲種本人・家族 → 甲種組合員本人記載) (申請対象: 乙種本人・家族 → 乙種組合員本人記載)

喪失証明書 の送付希望	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
----------------	--

※ 必要な場合は、返信用封筒に送付先を記載の上、
同封してください。

常務理事	事務長	課長	確認	係員

喪証交付	窓口受領者(署名)	個人番号届出
月 日		<input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 郵送		<input type="checkbox"/> なし

個人番号（マイナンバー）届出書

【留意事項】

(1) 資格取得・喪失の場合、対象の方全員分を、下記①と②両方に記入願います。
(但し、家族のみの資格取得・喪失の場合は、②のみ記入をお願いいたします。)

(2) マイナン
記載が誤

※ 本人確
「番号」

※ 本人確認措置(番号・身元確認)を実施してください。

「番号確認」・・・記載された番号が正しいかどうか

「身元確認」・・・記載された番号が本人の番号かどうか

」で、
です。)

① 加入、又は喪失する組合員本人の被保険者証記号番号、氏名及び個人番号（マイナンバー）

被保険者証記号番号 ※ 新規取得の場合、下3桁は空欄にしてください。																	
歯国	1	2	.	0	3	4	5	-	0	0	1						
組合員本人氏名						個人番号（マイナンバー）											
国保 太郎						1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2

② 加入、又は喪失するご家族の氏名及び個人番号（マイナンバー）

組合員家族氏名	個人番号（マイナンバー）															
国保 花子	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8				
国保 次郎	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6				

上記について、本人確認措置を実施の上、届出します。

令和 年 月 日

大阪府歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

組合員本人

事業主の記載・押印ではありません。
対象となる世帯の組合員本人が記載して下さい。

※届出対象

甲種本人・家族 → 甲種組合員本人の氏名を記載

乙種本人・家族 → 乙種組合員本人の氏名を記載