

伺	決裁年月日	令和	年	月	日
	理事長	常務理事	事務長	係	

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者証の 記号番号	1・3種組合員	資格喪失 年月日	令和			年	月	日							
	2・4種組合員		事業所形態	個人(5人以上・5人未満)・法人	適用除外	有・無	特定								
氏名	組合 記入	続柄	個人番号					資格喪失理由							
1	特 介	本人	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	いずれかに○をして下さい。 転——出 (——年——月——日付) 社会保険加入 (年 月 日付) 死 亡 (年 月 日) 後期高齢者加入 (年 月 日付) その他 (4 年 6 月 30日退職)
2	特 介														
3	特 介														
4	特 介														
5	特 介														
6	特 介														

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

令和 年 月 日

1・3種組合員 住所 □□市△△町1-2

氏名 医師 太郎

TEL ()

個人番号

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

FAX ()

2・4種組合員 住所 □□市△△3丁目4

氏名 国保 花子

TEL 090 (1234) 5678

個人番号

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1

FAX ()

三重県医師国民健康保険組合理事長 様

【個人番号の利用目的について】

本組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収事務で利用します。