様式第8-1号

国民健康保険被保険者　資格喪失届

記号		番号		※組合記入欄	令和　年　月　日	※組合記入欄	喪失区分
				事由の発生日	令和　年　月　日		□包括　□家族　□後期

	(上段)枝番2ｹﾀ (下段)個人番号(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ)12ｹﾀ	氏　名	続　柄	性別	生年月日	喪　失　事　由
組合員	枝番 0 1	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	本　人		昭・平・令　年　月　日	□社会保険加入 □後期高齢者制度 □死亡 □その他 (　　)
家族	枝番	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			昭・平・令　年　月　日	□社会保険加入 □後期高齢者制度 □死亡 □その他 (　　)
	枝番	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			昭・平・令　年　月　日	□社会保険加入 □後期高齢者制度 □死亡 □その他 (　　)
	枝番	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			昭・平・令　年　月　日	□社会保険加入 □後期高齢者制度 □死亡 □その他 (　　)
	枝番	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			昭・平・令　年　月　日	□社会保険加入 □後期高齢者制度 □死亡 □その他 (　　)
	枝番	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			昭・平・令　年　月　日	□社会保険加入 □後期高齢者制度 □死亡 □その他 (　　)
	枝番	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			昭・平・令　年　月　日	□社会保険加入 □後期高齢者制度 □死亡 □その他 (　　)

届出署名欄

上記のとおり必要書類を添えて届け出ます。

令和　　年　　月　　日(記入日)

医師組合員住所　〒　　－　　電話　　－　　－

医師組合員氏名*(自署)
(続柄　　)

組合員のﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ(必須)		

富山県医師国民健康保険組合　理事長殿

*医師組合員が死亡等で記入できないときは届出者の住所・氏名(自署)・続柄をご記入ください。このときマイナンバーの記入は不要です。

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2項「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。

受付印

※組合記入欄

常務理事	事 務 長	本人確認	証返却	入　力	保険料	確　認	備　考
			月　日 □ 紛失届		通知　月　日 賦課　月 調整　月 □ 還付		

資格喪失届の提出について

届出は事由の発生日から14日以内にお願いします。（国保法規則第20条）

＜記載について＞

組合員とは医師会会員である「医師」を指します

喪失する方について、組合員欄・家族欄に記入してください	※組合記入欄は記入しないでください
記号番号枝番	返却していただく保険者証カードの漢字・数字を記入してください
事由の発生日 個人番号（マイナンバー） 氏名、フリガナ、続柄、 生年月日、喪失事由	就職日など、次の保険の取得日などを記入してください 喪失事由はあてはまるものにチェックしてください 社会保険加入　：協会けんぽ、健保組合、共済組合など 後期高齢者制度　：75歳到達のとき その他　：市区町村国保、他の国保組合、海外など
届出署名欄	住所・氏名（自署）・喪失者からみた続柄・個人番号を記入してください。 医師組合員が死亡などで記入できないときは届出者の住所・氏名（自署）・続柄をご記入ください。このときマイナンバーの記入は不要です。

＜添付していただく書類＞

□　医師国保の保険証カード　　喪失される方全員のもの

〇高齢受給者証、限度額認定証等も併せて返却してください

〇証を返却できないときは別途**「被保険者証等紛失届」**を提出してください

□ 医師組合員（若しくは届出者）のマイナンバーカード・運転免許証・旅券等、顔写真付きの書面 いずれかの写し

□ 次にご加入の被保険者証のコピー

入手に時間がかかるときは後ほどお送りください（FAXでも受付けます）

入手が困難なときは下の記入欄に記入してこの用紙も提出してください

次の保険について（記入欄）	
社会保険に加入する方	市区町村国保等に加入する方
・勤務先名（必須）	・市区町村名、海外に転出するときは国名（必須）
・就職日等 令和　　年　　月　　日	加入・転出年月日 令和　　年　　月　　日
・保険者（加入する保険）の名称 ・保険者番号・記号・番号	（記入内容について勤務先または市区町村に照会させていただく場合があります。）

75歳到達の届出のとき、添付書類は次のとおりです

□　医師組合員のマイナンバーカード・運転免許証・旅券等、顔写真付きの書面 いずれかの写し

〇保険証カード、高齢受給者証、限度額認定証は、返却不要です。自己で破棄してください。

＜提出方法について＞

個人情報保護のため、郵送されるときは「特定記録」扱いを推奨します

郵便局窓口で引受を記録するので、差出記録が残りインターネットで配達状況を確認できます

〒939-8214
富山県富山市黒崎３３番地

富山県医師国民健康保険組合　宛
届出書類　在中

←宛名用にご利用下さい

富山県医師国民健康保険組合

TEL　076-429-7337　FAX　076-429-9600

5.8

様式第8-1号

国民健康保険被保険者　資格喪失届

次の保険の加入日など

記号	富	番号	9 1 9 9 9	※組合記入欄	令和　年　月　日	※組合記入欄	喪失区分
				事由の発生日	令和　4年　7月　1日		□包括　□家族　□後期

	(上段)枝番2ｹﾀ (下段)個人番号(ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ)12ｹﾀ	氏　名	続　柄	性別	生年月日	喪　失　事　由
組合員	枝番 0 1 組合員本人が喪失するときはこの行に記入	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	本　人		昭・平・令　年　月　日	□社会保険加入 □後期高齢者制度 □死亡 □その他 (　　)
家族	枝番 0 2 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	(ﾌﾘｶﾞﾅ) トヤマ　ハナコ 富山　花子	配偶者	女	(昭)・平・令　60年　9月　10日	✓社会保険加入 □後期高齢者制度 □死亡 □その他 (　　)
	枝番 家族が喪失するときはこの行以下に記入	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			昭・平・令　年　月　日	□社会保険加入 □後期高齢者制度 □死亡 □その他 (　　)
	枝番	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			昭・平・令　年　月　日	□社会保険加入 □後期高齢者制度 □死亡 □その他 (　　)
	枝番	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			昭・平・令　年　月　日	□社会保険加入 □後期高齢者制度 □死亡 □その他 (　　)
	枝番	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			昭・平・令　年　月　日	□社会保険加入 □後期高齢者制度 □死亡 □その他 (　　)
	枝番	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			昭・平・令　年　月　日	□社会保険加入 □後期高齢者制度 □死亡 □その他 (　　)

届出署名欄

上記のとおり必要書類を添えて届け出ます。

令和　○　年　○　月　○　日(記入日)

医師組合員住所　〒　○○○－○○○○　　電話　○○○○-○○○-○○○○
○○市○○○　○○番地-○
○○マンション　○号室

原則として医師組合員名で記入のこと

医師組合員氏名*(自署)　富山　太郎　(印は不要です)
(続柄　配偶者　)

富山県医師国民健康保険組合　理事長殿

組合員のマイナンバー(必須)
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

*医師組合員が死亡などで記入できないときは届出者の住所・氏名・続柄をご記入ください。このときマイナンバーの記入は不要です。

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2項「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。

受付印

※組合記入欄

常務理事	事 務 長	本人確認	証返却	入　力	保険料	確　認	備　考
			月　日 □ 紛失届		通知　月　日 賦課　月 調整　月 □ 還付		