

# 被保険者資格喪失届

受付  
印

\*太線枠内を黒のボールペンで記入してください。

\*一世帯ごとに一枚ご記入ください。世帯の組合員家族は連記して記入下さい。

被保険者等記号番号										資格喪失日	令和	年	月	日
歯	国													
資格喪失事由										退職日の翌日を記載 (資格は、喪失日から無効)	【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。			
<input type="checkbox"/> 市町村国保加入	<input 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												

資格喪失する者の氏名	続柄	喪失後加入予定の保険者		資格確認書回収日
(フリガナ)		種類	市町村国保・社会保険・その他	<input type="checkbox"/> 回収 ( 月 日 )
		保険者名		<input type="checkbox"/> 紛失届 <input type="checkbox"/> 対象外
(フリガナ)		種類	市町村国保・社会保険・その他	<input type="checkbox"/> 回収 ( 月 日 )
		保険者名		<input type="checkbox"/> 紛失届 <input type="checkbox"/> 対象外
(フリガナ)		種類	市町村国保・社会保険・その他	<input type="checkbox"/> 回収 ( 月 日 )
		保険者名		<input type="checkbox"/> 紛失届 <input type="checkbox"/> 対象外
(フリガナ)		種類	市町村国保・社会保険・その他	<input type="checkbox"/> 回収 ( 月 日 )
		保険者名		<input type="checkbox"/> 紛失届 <input type="checkbox"/> 対象外
(フリガナ)		種類	市町村国保・社会保険・その他	<input type="checkbox"/> 回収 ( 月 日 )
		保険者名		<input type="checkbox"/> 紛失届 <input type="checkbox"/> 対象外

大阪府歯科医師国民健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり、必要書類を添付し届けます。

令和 年 月 日

(法令により、14日以内の届出が必要となります。)

- 【添付書類】
- ①「個人番号届出書」
  - ②「被保険者証」「資格確認書」「紛失届」のいずれか(証・確認書の交付を受けている場合)
  - ③「健康保険・厚生年金保険資格喪失確認通知書」の写し(厚生年金適用者のみ)
  - ④新保険者の取得日が記載されている書類の写し(「資格確認書」等)(家族のみが喪失する場合等)
  - ⑤遅延理由書(3ヶ月以上届出が遅延した場合)(任意様式)

甲種組合員氏名 (事業主)	(個人印) 印	診療所在地	〒	—	TEL	( )
診療所名						

組合員本人 氏名※	(個人印) 印	住所※	〒	—	TEL	( )

※ (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 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

※ 組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外には使用しません。

(要添付)

資格取得届

資格喪失届

受付  
印

# 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) マイナンバーは、誤りがないか必ず本人確認措置（※）を実施してください。  
**記載が誤っていた場合、オンライン資格確認の利用・資格確認書等の交付等に遅れが生じる場合があります。**

※ 本人確認措置・・・「マイナンバーカード両面」または「マイナンバー記載の住民票と運転免許証等」で、「**番号の確認**」と「**身元の確認**」を実施してください。（各書類の写しを添付していただいても結構です。）

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

被保険者等記号番号 ※ 新規取得の場合、下3桁は空欄にしてください。									
歯	国								
組合員本人氏名					個人番号（マイナンバー）				

### 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）								

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

(個人印)

組合員本人氏名

印

※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