

# 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)資格取得日の翌日
③ 市町村転出	転出日

被保険者等記号番号										資格喪失日		令和		06		年		12		月		31		日	
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 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																									

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) コクホ タロウ <b>国保 太郎</b> (組合員本人)	本人	種類	市町村国保 <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 回収 (12月25日)
		保険者名	全国健康保険協会 (協会けんぽ)	<input type="checkbox"/> 紛失届 <input type="checkbox"/> 対象外
(フリガナ) コクホ ハナコ <b>国保 花子</b> (家族)	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 ( 月 日)
		保険者名	全国健康保険協会 (協会けんぽ)	<input type="checkbox"/> 紛失届 <input checked="" type="checkbox"/> 対象外
(フリガナ) コクホ シロウ <b>国保 次郎</b> (家族)	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 ( 月 日)
		保険者名	全国健康保険協会 (協会けんぽ)	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失届 <input type="checkbox"/> 対象外

### 【添付書類】

①「個人番号届出書」

(下記②～⑤は、該当する場合に添付が必要)

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のみ)  
※紛失届は、組合までご連絡ください。

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)(家族のみの喪失の場合等)

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)	事業主の氏名・個人印(法人印は不可)	個人印	診療所在地	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) 記載・押印できない場合、その理由を記載して下さい。	*	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。
-------	---	---	----------------------------------

※ (甲請対象: 甲種本人・家族 → 甲種組合員本人記載) (甲請対象: 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) マイナンバー  
記載が誤

※ 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

※ 本人確認  
「番号の

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	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

大阪府歯科医師国民

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。

(喪失の場合で、記載・押印が出来ない場合、その理由を記載して下さい。)

※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