記号	番号
93-	

様式業第4号1

被保険者資格喪失届

※提出いただいた個人番号及び特定個人情報は、法令に従い、健康保険の業務で利用します。必要な範囲を超えて取り扱うことはいたしません。

支部長	出張所長

※ 太ワクの中を記入してください

氏名	続柄	性別	生年月日	マイナンバー（個人番号）
		□男 □女	□5.昭和 □7.平成 □9.令和 年 月 日	
		□男 □女	□5.昭和 □7.平成 □9.令和 年 月 日	
		□男 □女	□5.昭和 □7.平成 □9.令和 年 月 日	
		□男 □女	□5.昭和 □7.平成 □9.令和 年 月 日	
		□男 □女	□5.昭和 □7.平成 □9.令和 年 月 日	

資格喪失年月日	資格喪失証明書
令和 年 月 日	□交付 □未交付
回収日	身元確認
令和 年 月 日	□個人番号カード □運転免許証 □パスポート □その他（ ）

誓約欄

1. （氏名： ）
の資格確認書は紛失したため返納できませんが、喪失後の診療費等については貴組合に迷惑をかけないことを誓約いたします。

2. 届出が遅れ、喪失後に診療費が発生した場合については貴組合に迷惑をかけないことを誓約いたします。
（※ 事実発生日から１４日以上経過している場合）

組合員氏名（自署のみ）

資格喪失する理由

- □2. 被用者保険加入（協会けんぽ・共済組合等）
- □3. 生活保護適用
- □4. 死亡
- □6. 転出、公営国保加入
- □7. 他の国保組合加入
- □9. その他
- □X. 当国保組合内での異動（家族 ⇒ 組合員・家族）
- □Y. 組合員が広域連合加入により その家族が公営国保に加入
- □Z. 障害認定により広域連合加入

新番号 （93- - ）

※喪失日・喪失理由が異なる場合には別々の届出書を使用してください。

上記のとおり届けます。

全国建設工事業国民健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

組合員住所

組合員氏名（自署のみ）

納付保険料	区分	月分 ～ 月分	円	家族数 名 → 名

備 考

障害認定 （ ）同時

本部登録	支部登録
・	・

支部受付日印　本部受付日印

④

(R7.12)