

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ありません。

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)	資格喪失年月日		資格喪失証明書
					令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 未交付
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和				<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和				
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和				
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和				
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 5.昭和 <input type="checkbox"/> 7.平成 <input type="checkbox"/> 9.令和				

**誓約欄**

1. (氏名： )  
の被保険者証 (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る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る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	
<input type="checkbox"/> 2. 被用者保険加入 (協会けんぽ・共済組合等)	<input type="checkbox"/> 9. その他
<input type="checkbox"/> 3. 生活保護適用	<input type="checkbox"/> X. 当国保組合内での異動 (組合員 ⇄ 家族)
<input type="checkbox"/> 4. 死亡	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 6. 転出、公営国保加入	<input type="checkbox"/> Z. 障害認定により広域連合加入
<input type="checkbox"/> 7. 他の国保組合加入	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			
<b>組合員氏名 (自署のみ)</b>			

納付保険料	区分	月分 ~	月分	円	家族数	名 →	名
備考							
④ 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