

決 裁	常 理 事	事務長	係	被保険者証等 返還年月日	P C入力	被保険者 台帳訂正	適用除外 P C入力	適用除外 台帳訂正	異動整理 簿記入	賦課
				年 月 日						

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者記号番号				佐 歯	第 号			
被 保 険 者	氏 名			性 別	組 合 員 との続柄	生 年 月 日		
				男 ・ 女		昭 平 令		
	個人番号			枝 番				
				男 ・ 女		昭 平 令		
	個人番号			枝 番				
				男 ・ 女		昭 平 令		
	個人番号			枝 番				
				男 ・ 女		昭 平 令		
	個人番号			枝 番				
			男 ・ 女		昭 平 令			
個人番号			枝 番					

資 格 喪 失 の 理 由		退 職 ・ 社会保険加入 ・ 死 亡 ・ その他 ()	
喪 失 理 由 の 該 当 年 月 日		上記の喪失理由（退職日、社会保険加入日等）の日付を記入してください。 令和 年 月 日	

資格喪失 年 月 日	※組合記入 令和 年 月 日	資 格 喪 失 証 明 書	☐ 必 要 ☐ 不 要	
			※送付先 ☐ 下記組合員住所 ☐ 歯科医院 ☐ その他 ()	

上 記 の と お り 届 け ま す

記入日 年 月 日

甲 種 組 合 員 住 所
乙 種 氏 名
電話番号 — —

佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

甲種組合員（歯科医師） の承認欄 ※この欄は、乙種組合員 （従業員）又はその家族 の者が喪失するときの み記入して下さい。	上記のことについて承認します。 医療機関名称 甲種組合員氏名（事業主）
--	---

◇この届は、資格喪失する方の「資格確認書」を添えて、事実発生の日から原則14日以内に事業主を経由してご提出ください。なお「資格情報のお知らせ」の添付は不要ですが、事業主で回収し破棄をしてください。

[該当者のみ添付：限度額適用認定証、高齢受給者証（70歳以上の方）]

◇資格喪失の年月日以降「資格確認書」「資格情報のお知らせ」は使用できません。（退職の場合は退職日の翌日からは使用できません。）

《記入方法》

被 保 険 者 記 号 番 号	「資格確認書」「資格情報のお知らせ」に記載されている被保険者番号（8桁）を記入
被 保 険 者	喪失する組合員及び家族を記入 家族の喪失の場合は喪失する家族のみを記入
個 人 番 号 （マイナンバー）	個人番号カードまたは通知カードに記載の個人番号（12桁）を記入
枝 番	「資格確認書」「資格情報のお知らせ」に記載されている枝番（2桁）を記入
組 合 員 と の 続 柄	組合員からみた続柄（例）本人・妻・子 等
資 格 喪 失 の 理 由	該当するものに○を記入
喪 失 理 由 の 該 当 年 月 日	該当年月日を記入 ・退 職 … 退職日 ・社会保険加入 … 次に加入する社会保険への加入日 ・死 亡 … 死亡日
資 格 喪 失 証 明 書	次の健康保険に加入する際、提出が必要な方はチェックを記入 組合員住所、歯科医院以外に送付を希望される場合は、その他にチェックを入れ、送付先を記入
甲 種 ・ 乙 種 組 合 員	該当するものに○を記入 甲種組合員…佐賀県歯科医師会会員である先生 乙種組合員…従業員
住 所 ・ 氏 名 ・ 電 話 番 号	喪失する組合員本人の住所（歯科医師国保に登録の住所）、氏名、電話番号（自宅又は携帯電話）を記入 家族が喪失する場合は、その世帯の組合員本人の住所（歯科医師国保に登録の住所）、氏名、電話番号（自宅又は携帯電話）を記入

《書類提出先》

〒840-0045 佐賀県佐賀市西田代2丁目5-24

佐賀県歯科医師国民健康保険組合 TEL 0952-28-7551

記入例

国民健康保険被保険者資格喪失届

8桁の被保険者番号

被保険者記号番号

佐 歯

第 〇〇〇〇〇〇〇〇 号

氏 名

性 別

組 合 員
との続柄

生 年 月 日

組 合 花 子

男 ・ 女

本人

昭 平
令

1 ・ 1 2 ・ 1

個人番号

枝 番

1 2 3 4 5 6 7 8 9 8 7 6

0 1

被

保

険

者

資 格 喪 失 の 理 由

退職 社会保険加入 ・ 死 亡 ・ その他 ()

喪 失 理 由 の 該 当 年 月 日

上記の喪失理由（退職日、社会保険加入日等）の日付を記入してください。

令 和 6 年 1 1 月 3 0 日

資格喪失
年 月 日

※組合記入

令和 年 月 日

資 格 喪 失
証 明 書☒ 必 要 ☐ 不 要

※送付先

☒ 下記組合員住所 ☐ 歯科医院☐ その他

※別の送付先を希望される

場合はこちらに住所を記入

上 記 の と お り 届 け ま す

記入日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

本人が喪失する場合は組合員本人の氏名等

家族が喪失する場合はその世帯の組合員本人の氏名等

佐賀県歯科医師会会員と

その家族の喪失の場合：甲種

従業員とその家族の喪失の場合：乙種

甲 種 組 合 員

乙 種

住 所 佐賀市西田代〇丁目〇番地〇

氏 名 組 合 花 子

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

佐賀県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

甲種組合員（歯科医師）
の承認欄※この欄は、乙種組合員
（従業員）又はその家族
の者が喪失するときの
み記入して下さい。

上記のことについて承認します。

医療機関名称

国保歯科医院

甲種組合員氏名（事業主）

国 保 太 郎