

|        |          |    |    |   |
|--------|----------|----|----|---|
| 決<br>裁 | 事務局長     | 課長 | 係長 | 係 |
|        | 令和 年 月 日 |    |    |   |

|             |    |    |     |
|-------------|----|----|-----|
| 処<br>理<br>欄 | 入力 | 照合 | 証回収 |
|             |    |    |     |

|         |   |   |   |
|---------|---|---|---|
| 資格喪失年月日 |   |   |   |
| 令和      | 年 | 月 | 日 |

# 資格喪失届

枚目 / 枚中

※代理人（社会保険労務士等）を通じて届け出る場合は、委任状と代理人の身分証の写しが必要です。

|   |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| 喪失区分  | <input type="checkbox"/> 事業主<br>第1種・第3種組合員 | <input type="checkbox"/> 勤務医師<br>第1種・第3種組合員 | <input type="checkbox"/> 従業員<br>第2種・第4種組合員 | <input type="checkbox"/> 家族   |
| 記号  | 8 6 -                                      | 番号  | 記号・番号は正確に記入してください。（左詰め）                    |   |
| 資格喪失者の氏名  |  | 種別<br>(Oをしてください)                            | 喪失理由<br><br>喪失理由によって裏面記載の証明書が必要になることがあります。 | <input type="checkbox"/> 医師会退会 <input type="checkbox"/> 世帯分離                            |
| 個人番号  |  | 第1種・第2種<br>第3種・第4種<br>家族                    |  | <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 閉院                                 |
| 1   |  |   | 喪失理由<br>該当年月日                              | <input type="checkbox"/> 社会保険加入 <input type="checkbox"/> 生活保護開始                         |
| 2   |  | 家族  |  | <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 地区外転出                              |
| 3   |  | 家族  | 資格喪失<br>証明書                                | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |
| 4   |  | 家族  |  | 上記喪失理由（医師会退会日、退職日、社会保険加入日等）の日付を正確に記入してください。<br><b>令和 年 月 日</b>                          |
| 5   |  | 家族  | 電話番号                                       | <input type="checkbox"/> 必要 <small>下記に送付先を記入してください。</small> <input type="checkbox"/> 不要 |
| 事業所名<br>又は、勤務先名   |  | 電話番号  |  | 経営区分 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人                            |
| 所在地   |  | 電話番号  |  | 厚生年金 <input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 非適用                           |
| <p>上記のとおり被保険者証を添えて届け出ます。なお、被保険者証を返還しなかった場合には、その資格喪失者の保険給付費について、貴組合に負担をかけないことを確約いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p><b>組 合 員</b> ※資格喪失する組合員（家族の場合はその世帯に属する組合員）が記入してください。</p> <p>〒 -</p> <p>住 所 _____ 電話番号 - -</p> <p>氏 名 _____ (自署) 個人番号 _____</p> <p>東京都医師国民健康保険組合理事長 殿</p> |  |   |  |   |

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <p><b>事業主確認欄</b> ※事業主（医師組合員）及びその家族の喪失時は記入不要</p> <p>1. 上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。</p> <p>2. 資格喪失者に係る保険給付費について最終責任を負います。</p> | <p>事業主名 _____ (自署)</p> <p>(医師組合員)</p> |
|---|---------------------------------------|

|    |
|----|
| 備考 |
|----|

|     |
|-----|
| 保険料 |
| 月分  |

処理印 受付印

代理人（社会保険労務士等）を通じて届け出る場合は、下記の委任状を記入してください。また、代理人の身分証の写しを添付してください。

## 委 任 状

代 理 人

---

私は、上記の者を代理人と定め、東京都医師国民健康保険組合への資格喪失の手続きを委任します。

令 和 年 月 日

委 任 者

第1種・第3種組合員  
事業主（雇用主）

⑩

---

下記に、代理人の身分証の写しを貼付してください。（例：運転免許証、パスポート等の写し）

身分証 貼付欄

### 添付書類について

| 喪失理由   | 必要な添付書類  |
|--------|--|
| 退職     | 厚生年金保険被保険者資格喪失確認通知書の写し、または雇用保険資格喪失確認通知書の写しのいずれか1つ<br>※厚生年金を適用していない場合は、必要ありません。 |
| 社会保険加入 | 次に加入された社会保険の被保険者証の写し   |
| 死亡     | 死亡診断書の写し、または住民票の除票のいずれか1つ  |
| 世帯分離   | 世帯分離をした日付が確認できる住民票   |
| 生活保護開始 | 生活保護受給者証の写し  |
| 地区外転出  | 転出先の住民票または、住民票の除票のいずれか1つ   |