

表面

第1種・第3種組合員及びその家族

資格喪失届

枚目 / 枚中

喪失区分	<input checked="" type="checkbox"/> 事業主 第1種・第3種組合員	<input type="checkbox"/> 勤務医師 第1種・第3種組合員	<input type="checkbox"/> 従業員 第2種・第4種組合員	<input checked="" type="checkbox"/> 家族										
記号	8	6	-	0	0	1	番号	1	2	3	4			

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 (○をしてください)	喪失理由
個人番号		
1 医師 太郎 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○	第1種・第2種 第3種・第4種	<input type="checkbox"/> 医師会退会 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 閉院 <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険加入 <input type="checkbox"/> 生活保護開始
2 医師 花子 △△△△△△△△△△△△△△△△	家族	喪失理由 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。
3 家族	家族	喪失理由 喪失理由 該当年月日 令和 ○○年 ○○月 ○○日

個人番号（マイナンバー）を記入してください。

資格喪失する方を記入してください。
※家族の一部喪失の場合は、資格喪失される家族の氏名だけ記入してください。

資格喪失証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 〒 ○○○ - ○○○○ 東京都中央区 ○○○ 1-1-1 電話番号 090 - ○○○○ - ○○○○	<input type="checkbox"/> 不要 下記に送付先を記入してください。
---------	--	---

事業所名 又は、勤務先名	○○○クリニック	経営区分	<input checked="" type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人
所在地	〒 ○○○ - ○○○○ 東京都千代田区○○○ 1-1-1 電話番号 03 - ○○○○ - ○○○○	厚生年金	<input type="checkbox"/> 適用 <input checked="" type="checkbox"/> 非適用

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。

令和 ○○年 ○○月 ○○日	組合員 ※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。 〒 ○○○ - ○○○○ 住所 東京都中央区○○○ 1-1-1 電話番号 09 ○○○○ - ○○○○
氏名 医師 太郎 (自署)	個人番号 ○○○○ ○○○○ ○○○○ ○○○○

東京都医師国民健康保険組合理事長 殿

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）が氏名と個人番号を記入してください。
(例)
事業主の喪失 → 事業主の氏名・個人番号を記入
家族の喪失 → 喪失する家族が属する世帯の組合員の氏名・個人番号を記入

事業主名 (医師組合員)	記入不要
-----------------	------

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。
しを添付してください。

裏面

委任状

代理人 **社労士 健吾**

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）

医師 太郎

捺印が必要です。

医師

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）

代理人を通じて届け出をする場合は、委任状に記入のうえ、代理人の方の
身分証の写しを貼付してください。

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 ※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

表 面

第2種・第4種組合員及びその家族

資 格 喪 失 届

枚目 / 枚中

※代理人 (社会保険労務士等)	喪失区分	<input type="checkbox"/> 事業主 第1種・第3種組合員	<input type="checkbox"/> 勤務医師 第1種・第3種組合員	<input checked="" type="checkbox"/> 従業員 第2種・第4種組合員	<input checked="" type="checkbox"/> 家 族										
	記 号	8	6	-	0	0	1	番 号	1	2	3	4	5	6	7

資格喪失者の氏名
個人番号

種 別
(○をしてください)

喪失理由

医師会退会 世帯分離

退 職 閉 院

1 従業員 花子

第1種・**第2種**
第3種・第4種

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

2 従業員 次郎

家族

△ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △

従業員の個人番号（マイナンバー）は記入後、事業主が確認してください。

従業員の家族の個人番号（マイナンバー）は記入後、従業員が確認してください。

※代理人（社会保険労務士等）を通じて届け出る場合は

資格喪失する方を記入してください。

※家族の一部喪失の場合は、資格喪失される家族の氏名だけ記入してください。

喪失理由で裏面明記することです。

喪失

該当年月日

令 和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

資格喪失

証 明 書

必 要 不 要

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

東京都中央区 〇〇〇 1-1-1

電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

の身分証の写しが必要です。

事業所名
又は、勤務先名

〇〇〇クリニック

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

所 在 地

東京都千代田区 〇〇〇 1-1-1

電話番号 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇

経営区分

個 人 法 人

厚生年金

適 用 非適用

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。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

組 合 員 ※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。

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

住 所

東京都中央区 〇〇〇 1-1-1

電話番号 09 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

氏 名

従業員 花子 (自署)

個人番号

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

東京都医師国民健康保険組合理事長 殿

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）が氏名と個人番号を記入してください。

(例)

従業員の喪失 → 従業員の氏名・個人番号を記入

家族の喪失 → 喪失する家族が属する世帯の組合員の氏名・個人番号を記入

事業主名
(医師組合員)

医師 太郎 (自署)

処理印

受付印

従業員及び従業員の家族の喪失の場合は、必ず事業主の署名が必要になります。

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。
しを添付してください。

裏面

委任状

代理人 **社労士 健吾**

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

捺印が必要です。

委任者

第1種・第3種組合員
事業主（雇用主）

医師 太郎

医師

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）

代理人を通じて届け出をする場合は、委任状に記入のうえ、代理人の方の身分証の写しを貼付してください。

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 ※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