

脱 資 格 喪 失 届 届

捨印

*太線枠内は加入者をご記入ください。*資格を喪失したときは資格確認書を交付されている方は資格確認書を必ずご返還ください。資格喪失後の受診については保険給付分を返還いただきます。

記号番号 78	-	喪失事由 喪年月日 令和	資格喪失区分 1. 一脱 2. 全脱
------------	---	--------------------	-----------------------

資格喪失者及び個人番号	続柄	喪失事由 コード	資格喪失後状況(保険者名称・記号番号・取得年月日等)	回収
1 組合員(本人) 保険証・資格確認書・資格情報通知書				
2 組合員(本人) 保険証・資格確認書・資格情報通知書				
3 組合員(本人) 保険証・資格確認書・資格情報通知書				
4 組合員(本人) 保険証・資格確認書・資格情報通知書				

喪失事由コード 1. 社保加入 2. 生保開始 3. 死亡 4. 転出 5. 区公組国保 6. その他() 7. 後期高齢喪失 8. 後期付随喪失

*組合員喪失で新組合員又は続柄が変更になる場合に記入してください。

被保険者等氏名	続柄	被保険者等氏名	続柄
1	0 1	3	
マイナ保険証の利用登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		マイナ保険証の利用登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
2		4	
マイナ保険証の利用登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		マイナ保険証の利用登録 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

上記のとおり資格喪失の届出をいたします。
「個人情報(含、特定個人情報)の取扱について」
を確認し同意いたします。

令和 年 月 日

組合員住所

組合員氏名 (印)

個人番号

事業主氏名 (印)

東京食品販売国民健康保険組合 殿

誓 約 書

資格確認書を返納できませんが喪失後の診療については
貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。

(氏 名) (印)

資格喪失証明書	1. 必要 2. 不要	保険料最終収納月	月分まで	返納領収書	月～ 月分まで
備 考					

更正領収書	必要	不要
月分		

領収書番号(手書き)

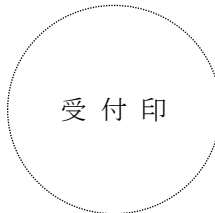
葬祭費申請
有・無

決裁欄
所長 課長

処理欄
入力 確認

交付:	年	月	日
1	確認書・通知書	交付	回収
2	確認書・通知書		
3	確認書・通知書		
4	確認書・通知書		

扱者



事業主・事業所ご担当者様へのお願い

この届書は、資格喪失届を提出する際、保険証・資格確認書を添付できないときに提出いただく書類です。

保険証・資格確認書を使用できるのは退職日までです。従いまして、資格喪失後の保険証・資格確認書は、使用できません。

万が一、未返却の保険証・資格確認書を使用した場合、医療費を返還していただくことになり、事業主に迷惑をかけることにもなります。

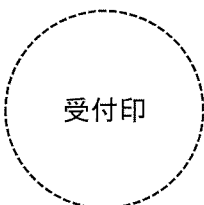
保険証・資格確認書の回収について、事業主・事業所ご担当様のご理解とご協力をお願いします。

被保険者証 記号番号	78 -																			
---------------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

喪失後連絡先	
住所	
組合員氏名	
電話番号 自宅:	- - 携帯: - -

令和 年 月 日

事業主氏名 _____



担当者印