

伺	決 裁 年 月 日		令 和 年 月 日			令 和 年 月 日	
	副 理 事 長	常 務 理 事	事 務 局 長	主 任	係	支 部 長	係

国民健康保険被保険者資格喪失届

支 部 名	被保険者証 の記号番号	資 格 喪 失 年 月 日	※平成 令和 年 月 日						
喪失する者の名	組合員との続柄	割合	高額保険料	資格喪失理由	備 考				
1				新 保 険	年 月 日資格取得				
	個人番号								
2				被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号 保 險 者 番 号 記 号 番 号 会 社 名 所 在 地 市 町 村 国 保 入 加 市 町 村 へ 社 会 保 険 入 健康保険 加 船員保険 (名 称 記 入) 共済保険 国 保 組 合 入 国保組合 加 生 活 保 護 用 年 月 日 死 年 月 日死亡 そ の 他					
	個人番号								
3									
	個人番号								
4									
	個人番号								
5									
	個人番号								
6									
	個人番号								
7									
	個人番号								
応能ランク変更 有・無 →				死 亡	年 月 日死亡				
社会保険等遡及適用による医療の調整の有無				有	本人	戻入	有・無		
<p>上記のとおり被保険者証を添えて届けます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組合員 住 所</p> <p> 氏 名</p> <p> 電話番号</p> <p> 個人番号</p> <p>三重県建設国民健康保険組合理事長 殿</p>									

※新保険の被保険者証の写しを添付して下さい。
※被保険者証を添付して下さい。
※印の欄は記入しないで下さい。

窓口に来られた方 → 組合員本人・家族・事業所・その他 () 確 ・ 郵
組合員本人以外の場合はお名前を記入してください ()

誓 約 書

_____ は、貴国保組合を _____ 年 _____ 月 _____ 日付で
_____ の理由により資格喪失し、 _____ 年 _____ 月 _____ 日に
届出ました。このことは、法令で定める届出義務を怠ったこととなりますので、
資格喪失から届出の間において貴国保組合の被保険者証を提示して受けた療
養の給付については、貴国保組合と医療機関の間で過誤調整できない場合は、
不当受診として、貴国保組合の負担額を弁償することを、誓約致します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

組合員 被保険者証記号、番号

住 所

氏 名

Ⓔ

被保険者であった者

住 所

氏 名

Ⓔ

三重県建設国民健康保険組合理事長 殿