

# 資格喪失届

\*喪失日から被保険者証はご使用になれません  
\*自署の場合は押印不要

# 喪失

2019.1

[太枠内(准)組合員記入]

記号 番号	料	(世帯区分・種別) 主 従 従主 後主	(補助区分) 従来・特定
(准)組合員氏名 (世帯主氏名)	(氏)	(名)	事業 所名
			(適用区分) 0-個人 1-法人 3-任意

〔個人番号の利用目的について〕 当組合では組合員及び被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、保険料の賦課及び給付事務で利用します。

1	氏名	(氏)	(名)	生年 月日	年齢 *記入日時点	性別	男 女	続柄	本人 ・ 家族	(区分) 未就 一般 介護 前期 高1 高2 高3 後期
	個人番号	←記入後は個人情報保護シールを貼ってください								
資格喪失年月日		喪失理由 (該当する項目に○および記載してください)								
※右欄喪失理由が ①～③の場合はその日 ④～⑧の場合はその翌日		① 脱退 ② 生活保護開始 (開始日 年 月 日) ③ その他 ( ) ④ 廃業 (最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職 (退職日 年 月 日) ⑥ 死亡 (死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入 (加入日 年 月 日 保険者名称 ( ))								
2	氏名	(氏)	(名)	生年 月日	年齢 *記入日時点	性別	男 女	続柄	本人 ・ 家族	(区分) 未就 一般 介護 前期 高1 高2 高3 後期
	個人番号	←記入後は個人情報保護シールを貼ってください								
資格喪失年月日		喪失理由 (該当する項目に○および記載してください)								
※右欄喪失理由が ①～③の場合はその日 ④～⑧の場合はその翌日		① 脱退 ② 生活保護開始 (開始日 年 月 日) ③ その他 ( ) ④ 廃業 (最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職 (退職日 年 月 日) ⑥ 死亡 (死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入 (加入日 年 月 日 保険者名称 ( ))								
3	氏名	(氏)	(名)	生年 月日	年齢 *記入日時点	性別	男 女	続柄	本人 ・ 家族	(区分) 未就 一般 介護 前期 高1 高2 高3 後期
	個人番号	←記入後は個人情報保護シールを貼ってください								
資格喪失年月日		喪失理由 (該当する項目に○および記載してください)								
※右欄喪失理由が ①～③の場合はその日 ④～⑧の場合はその翌日		① 脱退 ② 生活保護開始 (開始日 年 月 日) ③ その他 ( ) ④ 廃業 (最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職 (退職日 年 月 日) ⑥ 死亡 (死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入 (加入日 年 月 日 保険者名称 ( ))								
4	氏名	(氏)	(名)	生年 月日	年齢 *記入日時点	性別	男 女	続柄	本人 ・ 家族	(区分) 未就 一般 介護 前期 高1 高2 高3 後期
	個人番号	←記入後は個人情報保護シールを貼ってください								
資格喪失年月日		喪失理由 (該当する項目に○および記載してください)								
※右欄喪失理由が ①～③の場合はその日 ④～⑧の場合はその翌日		① 脱退 ② 生活保護開始 (開始日 年 月 日) ③ その他 ( ) ④ 廃業 (最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職 (退職日 年 月 日) ⑥ 死亡 (死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入 (加入日 年 月 日 保険者名称 ( ))								

専務理事	事務長	確認者	係員

喪失日	年 月 日
届出日	年 月 日
特定非該当日	年 月 日
証回収日	年 月 日
証回収事由	喪失・期限切れ・未回収
喪失日	年 月 日
届出日	年 月 日
特定非該当日	年 月 日
証回収日	年 月 日
証回収事由	喪失・期限切れ・未回収
喪失日	年 月 日
届出日	年 月 日
特定非該当日	年 月 日
証回収日	年 月 日
証回収事由	喪失・期限切れ・未回収
喪失日	年 月 日
届出日	年 月 日
特定非該当日	年 月 日
証回収日	年 月 日
証回収事由	喪失・期限切れ・未回収

喪失証明書※ 送付先	(該当する項目に○をつけてください)
※ 次の健康保険に加入する際に必要な証明書	① 所属組合 ② 事業所 ③ 保険証記載の住所 ④ 別添封筒記載の住所 ⑤ 本人来所 ⑥ 不要 (理由: ) ⑦ その他 ( ) ※代理人住所の場合は事業主からの委任状が必要

国保組合受付印
確認日 年 月 日

[事業主記入] 上記のとおり必要書類を添えて届け出ます  
京都料理飲食業国民健康保険組合理事長 様

申請日 年 月 日

事業主氏名

資格喪失確認通知は事業所へ送付します
以下を希望する場合は○をつけてください
1. 事業主自宅住所
2. 所属組合
3. 代理人住所※
※事業主からの委任状が必要

所得区分	(当年)	(前年)
	年 月～	年 月～
備考		
番号確認	未・済	身元確認 未・済