

組合員の脱退の場合 記入例

所属団体名		〇〇〇△△△同業組合												
国民健康保険被保険者資格喪失届														
【食品国保へ提出】														
内ご記入ください。														
被保険者番号 (12桁)		1 8		8 0		1 2 3 4		0 0		5 6				
被保険者番号は、被保険者証に表記の番号を記入してください 各々の枝番は必ず記入してください														
事業所	事業所名	② 健康食堂						〒	③ 5 4 2			0 0 8 3		
	所在地	④ 大阪府		大阪		町		中央区						
		東心斎橋 1-1-10						料理会館ビル						
資格喪失する方についてのみ、ご記入ください。														
組合員	資格区分	⑤ ① 事業主 2. 従業員		0 1		氏名		⑦ 食品		健一				
	個人番号(マイナンバー)	⑧ 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8												
家族	氏名	⑨ 食品		康恵		個人番号(マイナンバー)								
	個人番号(マイナンバー)	8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8 7												
家族	氏名	食品		良		個人番号(マイナンバー)								
	個人番号(マイナンバー)	7 6 5 4 3 2 1 0 9 8 7 6												
家族	氏名	食品		好美		個人番号(マイナンバー)								
	個人番号(マイナンバー)	6 5 4 3 2 1 0 9 8 7 6 5												
理由	⑩ 廃業・退職・社保加入・生活保護開始・死亡・転出・他国保加入・後期高齢者医療加入・その他													
上記のとおり被保険者証を添えて届出します。														
令和 6 年 9 月 1 日														
喪失証明書 ⑪ 要 不要														
事業主氏名 ⑬ 国保健康 ⑭ 国保														
誓約書 被保険者証を返納できない為、資格喪失後に受診した医療費については貴組合負担分について返還します。														
事業主氏名 ⑮ 国保健康 ⑯ 国保														

組合使用欄 (記入しないでください。)

喪失区分	1. 世帯喪失 2. 一部喪失 3. 喪失日誤り	喪失日		受付印
専務理事	事務局長	課長	係長	係員
入力者				
領収印	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 被保険者証	月	日	

この喪失届は **3枚1組**です。**3枚とも提出**してください。
事業所控は手続き完了後にお渡しします。

〈脱退する組合員についての項目〉

① 被保険者証に表記の番号を記入

〈事業所についての項目〉

- ② 事業所名を記入
- ③ 事業所の郵便番号を記入
- ④ 事業所住所を記入

〈脱退する組合員についての項目〉

- ⑤ 資格区分の該当するものに○
- ⑥ 被保険者証に表記の枝番を記入
- ⑦ 氏名を記入
- ⑧ マイナンバーを記入

〈家族についての項目〉

⑨ 家族がある場合は、組合員の⑥～⑧と同じ要領で家族について記入

〈脱退する組合員についての項目〉

- ⑩ 喪失理由の該当するものに○
事業主…廃業, 社保加入, 生活保護開始, 死亡, 他国保加入, 後期高齢者医療加入, その他
従業員…退職, 社保加入, 生活保護開始, 死亡, 他国保加入, 後期高齢者医療加入, その他
- ⑪ 喪失証明書の該当するものに○

〈事業主についての項目〉

- ⑫ 提出日を記入
- ⑬ 事業主氏名を記入
- ⑭ 事業主の認印を押印
- ⑮ 被保険者証を返納できない場合は、事業主氏名を記入
- ⑯ 被保険者証を返納できない場合は、事業主の認印を押印

★ 届出に必要な添付書類は、届書の裏面に記載
被保険者証は返納してください。

家族の脱退の場合 記入例

所属団体名		〇〇〇△△△同業組合	
国民健康保険被保険者資格喪失届 <small>【食品国保へ提出】</small>			
内ご記入ください。			
被保険者番号 (12桁)	1 8 8 0	1 2 3 4	0 0 6 0
<small>・被保険者番号は、被保険者証に表記の番号を記入してください ・各々の枝番は必ず記入してください</small>			
事業所名	健康食堂		所在地
	〒 5 4 2 - 0 0 8 3		大阪府 大阪 市 中央区
	東心斎橋 1-1-10 料理会館ビル		
資格喪失する方についてのみ、ご記入ください。			
組合員	資格区分	1. 事業主 2. 従業員	
氏名	(氏) (名)		
個人番号(マイナンバー)			
家族	氏名	食品 保子	
個人番号(マイナンバー)	5 4 3 2 1 0 9 8 7 6 5 4		
家族	氏名		
個人番号(マイナンバー)			
家族	氏名		
個人番号(マイナンバー)			
理由	⑧ 廃業・退職 ⑨ 社保加入・生活保護開始・死亡・転出・他国保加入・後期高齢者医療加入・その他		
上記のとおり被保険者証を添えて届出します。			
令和 6 年 9 月 1 日	喪失証明書	⑤ 要 不要	
事業主氏名	⑪ 国保健康		⑫ 国保
誓約書	被保険者証を返納できない為、資格喪失後に受診した医療費については貴組合負担分について返還します。		事業主氏名
	⑬ 国保健康		⑭ 国保

組合使用欄 (記入しないでください。)

喪失区分	1. 世帯喪失 2. 一部喪失 3. 喪失日誤り	喪失日		受付印
専務理事	事務局長	課長	係長	係員
決裁				
領取印	入力者	領取月日		
		□ 高齢受給者証 □ 被保険者証		

この喪失届は **3枚1組** です。**3枚とも提出**してください。
事業所控は手続き完了後にお渡しします。

〈脱退する家族についての項目〉

① 被保険者証に表記の番号を記入

〈事業所についての項目〉

- ② 事業所名を記入
- ③ 事業所の郵便番号を記入
- ④ 事業所住所を記入

〈脱退する家族についての項目〉

- ⑤ 被保険者証に表記の枝番を記入
- ⑥ 氏名を記入
- ⑦ マイナンバーを記入
- ⑧ 喪失理由の該当するものに○
家族・・・社保加入、生活保護開始、死亡、転出、他国保加入、後期高齢者医療加入、その他
- ⑨ 喪失証明書の該当するものに○

〈事業主についての項目〉

- ⑩ 提出日を記入
- ⑪ 事業主氏名を記入
- ⑫ 事業主の認印を押印
- ⑬ 被保険者証を返納できない場合は、事業主氏名を記入
- ⑭ 被保険者証を返納できない場合は、事業主の認印を押印

★ 届出に必要な添付書類は、届書の裏面に記載
被保険者証は返納してください。