

資格喪失届の注意点

【提出書類チェックリスト】

組合様式	1 <input type="checkbox"/> 被保険者資格喪失届（記号・番号ごとに1枚）《様式第8号》 2 <input type="checkbox"/> マイナンバー記入票（マイナンバーが確認できる書類のコピーを添付） 《様式第1・2・5・8・42・43号-2》
準備書類	3 <input type="checkbox"/> 資格喪失年月日を確認できる書類（下記を参照ください。） 4 <input type="checkbox"/> 交付済みの被保険者証または資格確認書（喪失者分） 5 <input type="checkbox"/> 提出者（事業主、または、准組合員）の身元確認書類 （運転免許証のコピー等、顔写真のある証明書類1点。または、その他の証明書類2点）

【資格喪失の理由等】

資格喪失の理由	資格喪失年月日を確認できる書類	資格喪失日
退職 または 常勤から非常勤に移行	〔厚生年金保険適用事業所〕 * 厚生年金保険被保険者資格喪失確認通知書のコピー	厚生年金保険の資格喪失日
	〔厚生年金保険の適用を受けていない個人事業所〕 * 雇用保険被保険者資格喪失確認通知書のコピー	離職日の翌日
	* 提出前の厚生年金保険被保険者資格喪失届、雇用保険被保険者資格喪失届(記入済みのもの)のコピーでも処理可能。後日確認通知書のコピーを再提出下さい。	
他保険加入(協会けんぽ等)	次に加した保険の資格確認書または資格取得通知のコピー	翌日
他保険加入(国民健康保険)	次に加した保険の資格確認書または資格取得通知のコピー（後日提出）	その日
住民票の転出（家族のみ）	転出先の世帯全員の住民票	転入日
死亡	死亡診断書のコピー	翌日

【注意事項】

- ・ 資格喪失日以降は資格確認書等をご使用いただく事ができません。
- ・ 資格喪失年月日から14日以内に届出ください。
- ・ 当組合の資格喪失証明書が必要な場合は、所定の欄に○印を付けてください。

【記入例】

The form is titled '資格喪失届' (Qualification Termination). It contains the following information:

- 被保険者氏名:** 医国保男 (Insurance Holder Name: Ikenryo Otoko)
- 生年月日:** 昭和41年12月08日 (Date of Birth: December 8, 1966)
- 資格喪失年月日:** 平成30年04月01日 (Date of Termination: April 1, 2018)
- 喪失事由:** 退職 (Reason: Retirement)
- 住所:** ○○市△△区○○通 ○口上る△△△町99 (Address: ○○ City △△ District ○○○ Street, ○-Kuchi Ue △△△ Town 99)
- 提出者:** 京都太郎 (Submitter: Kyoto Taro)

Annotations on the form include:

- A box pointing to the '喪失事由' field: '平定でも可' (Can be filled with 'Retirement').
- A box pointing to the '資格喪失年月日' field: '組合員の資格喪失年月日は、厚生年金適用事業所では厚生年金資格喪失年月日と同じ日、厚生年金適用外の個人事業所では雇用保険離職年月日の翌日となります。' (The qualification termination date for members is the same as the qualification termination date for those in a public pension applicable business, and the day after the employment insurance termination date for those in a non-applicable individual business).
- A box pointing to the signature line: '事業主の署名 法人事業所の場合は理事長の署名' (Signature of the business owner. In the case of a legal entity business, the signature of the president).
- A box pointing to the '提出者' field: 'この欄を記入された日' (Date entered in this field).

被保険者資格喪失届

様式第8号

事務長	確認	業務係	証回収

欄は記入不要です。

記号番号					事業所番号				
医		—							

マイナンバーは、マイナンバー記入票
(様式第1・2・5・8・42・43号-2)に記入

氏名		性別	生年月日				(准)組合員 との続柄	資格喪失年月日				喪失事由							
		男 女	昭 平 令		年		月		日		令 和			年		月		日	
		男 女	昭 平 令		年		月		日		令 和			年		月		日	
		男 女	昭 平 令		年		月		日		令 和			年		月		日	
		男 女	昭 平 令		年		月		日		令 和			年		月		日	
		男 女	昭 平 令		年		月		日		令 和			年		月		日	

健康 保 険 の 名 称	次に加入する	<ul style="list-style-type: none"> 国民健康保険() 社会保険() 不 明 (いずれかに○を付け名称を記入ください。)
	資格喪失証明書	*次の保険に加入するために必要な書類です。 <ul style="list-style-type: none"> 要《医療機関へ送付》 要《下記の本人住所へ送付》 不要 (いずれかに○を付けてください。)

喪失後の連絡先	〒				—			
	住所							
	電話番号				—			

上記の被保険者について、必要書類を添えて届出ます。

京都府医師国民健康保険組合理事長様

令和 年 月 日

組合員氏名
(事業主氏名)

提出者(事業主、または、准組合員)以外の代理人(社会保険労務士等)が提出をされる場合は、右記の委任欄の記入と提出をされる方の身元確認書類が必要です。

【委任欄】私は、下記の者を代理人と定め、この届出を依頼します。

令和 年 月 日

受任者 (代理人)	氏名	委任者 (提出者)	氏名

組合 記 入 欄	本人確認	確認書類廃棄	
	番号確認		身元確認
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(裏) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 その他()		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(表) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート 次の2点 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 厚生年金確認書類 <input type="checkbox"/> 雇用保険確認書類 その他()

個人番号（マイナンバー）制度への対応について

マイナンバー制度が開始されたことにより、当組合の各種届出書類に「マイナンバーの記入と確認書類の添付」、「提出者（事業主、または、（准）組合員）の身元確認書類の添付」が必要となりました。

下記参照のうえ、各種届出書類と合わせてご提出をいただきますようお願いいたします。

1. マイナンバー記入票にマイナンバーを記入

被保険者
被保険者

当組合の世帯主について記入

①（准）組合員本人のマイナンバーを記入ください。
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

②（准）組合員本人のマイナンバー確認書類のコピーをのりづけしてください。
*世帯全員の住民票（マイナンバーの記載のあるもの）を同封している場合は、不要のりづけ

- ・マイナンバーカード裏面のコピー
- または、
- ・マイナンバー通知カードのコピー（記載事項に変更がない場合のみ可）

③加入するご家族の氏名とマイナンバーを記入ください。（確認書類のコピーは不要）

氏名	マイナンバー
国保 花子	1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3

手続きする家族等について記入（確認書類は不要）

上記のとおり組合員を通じて届出ます。
京都府医師国民健康保険組合理事長様

（准）組合員氏名 国保 太郎

2. マイナンバーの確認書類を添付

* 世帯全員の住民票（マイナンバーの記載のあるもの）を同封している場合は、不要

・マイナンバーカード裏面のコピー



または、

・マイナンバー通知カードのコピー（記載事項に変更がない場合のみ可）



をのりづけください。

3. マイナンバー記入票を保護封筒に入れる

マイナンバー保護封筒

国保 太郎 様分

✓マイナンバー記入票
✓マイナンバー確認書類
（下記のいずれか）

- 世帯全員の住民票（マイナンバーの記載あり）
- マイナンバーカードの裏面
- マイナンバー通知カード（記載事項に変更がない場合のみ）

提出者（事業主、または、（准）組合員）の身元確認書類とともに組合へ提出してください。

【開封厳禁】

京都府医師国民健康保険組合

住民票にマイナンバーの記載がある場合は、同封してください。

4. 提出者（事業主、または、准組合員）の身元確認書類とともに当組合へ提出

【提出者の顔写真のある証明書類1点】
マイナンバーカード表面のコピー、
運転免許証のコピー、パスポートのコピー等

【困難な場合は、次のうちから2点】
被保険者証（写）、年金手帳（写）、住民票、
源泉徴収票（写）、納税通知書（写）

* 代理人（社会保険労務士等）が提出をされる場合は、委任欄の記入と提出をされる方の身元確認書類が必要です。

追跡が可能な簡易書留や特定記録郵便またはレターパックプラス・ライトなどで送付ください。
→を切り取りのうえ、封筒に貼ってご使用ください。

〒604-8418

京都市中京区西ノ京東梅尾町6番地
京都府医師会館7F

京都府医師国民健康保険組合 資格担当 行

被保険者資格取得届、資格確認書等再交付申請書、住所・氏名変更届、
被保険者資格喪失届、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除申請書、
資格確認書交付申請書の2 (マイナンバー記入票)

① (准) 組合員本人のマイナンバーを記入ください。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

② (准) 組合員本人のマイナンバー確認書類のコピーをのりづけしてください。

*** 世帯全員の住民票 (マイナンバーの記載のあるもの) を同封している場合は、不要**

のりづけ
<ul style="list-style-type: none">・ マイナンバーカード裏面のコピー または、・ マイナンバー通知カードのコピー (記載事項に変更がない場合のみ可)

③ 手続き (加入・変更・喪失・再交付等) するご家族の氏名とマイナンバーを記入ください。

(確認書類のコピーは不要)

氏名	マイナンバー																		

上記のとおり組合員を通じて届出ます。
京都府医師国民健康保険組合理事長様

(准) 組合員氏名 _____

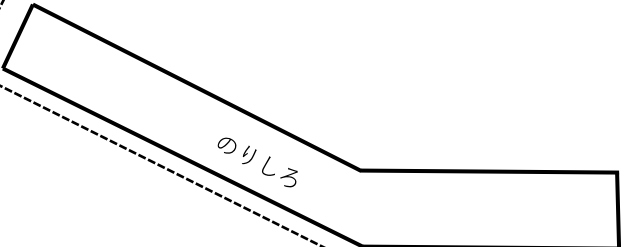
【マイナンバーの利用目的について】

当組合は、被保険者のマイナンバーを、番号法別表第1の第30項「国民健康保険組合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、給付および徴収業務で利用します。

のりしろ

②ヨキ

のりしろ



のりしろ

マイナンバー保護封筒

様分

(チェック欄)

- マイナンバー記入票
- マイナンバー確認書類

(下記のいずれか)

- ① 世帯全員の住民票
(マイナンバーの記載あり)
- ② マイナンバーカードの裏面
マイナンバー通知カード
- ③ マイナンバー通知カード
(記載事項に変更がない場合のみ)

必ず封をしてください。

提出者(事業主、または、(准)組合員)の身元確認書類とともに組合へ提出してください。

【開封厳禁】

京都府医師国民健康保険組合

①山折り

④ヨキ

- 1.山折り線ま①→②
- 2.一度開き
- 3.マイナンバー保護封筒の作り方
- 4.のりしろをのりつけます。
- 5.きちんと封緘されているかご確認のうえ、ほかの書類とともにご提出ください。

【マイナンバー記入表およびマイナンバーの記入方法】

のりしろ

③山折り

のりしろ

のりしろ