

被保険者資格喪失届

様式第8号

《記入例》緑字のところが記入していただく部分です。

事務長	確認	業務係	証回収

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

予定でも可

記号番号							事業所番号																																														
医	1	2	—	3	4	5	6	7																																													
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	直近で交付を受けていたもの (いずれかに○)	健康 保 険 に 加 入 の 名 を 記 入 す る	国民健康保険(京都市国保) ・社会保険() ・不 明 (いずれかに○を付け名称を記入ください。)																																								
医 国 保 男		男	昭	平	令	本人	令	和	0	5	0		4	0	1	退職	<input checked="" type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 (要返却) <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 (要返却)	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。 ・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。)																																		
		男女	年	月	日		令	和	年	月	日					<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書 (要返却) <input type="checkbox"/> 被保険者証 (要返却)	喪		〒 0 0 0 — 0 0 0 0																																		
		男女	年	月	日		令	和	年	月	日					<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書 (要返却) <input type="checkbox"/> 被保険者証 (要返却)		連 絡 先	直近に医師国保から交付を受けていたものを囲む 資格情報のお知らせ(A4)は返却不要ですが、カード型の資格確認書または被保険者証は返却が必要です																																		
		男女	年	月	日		令	和	年	月	日					<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書 (要返却) <input type="checkbox"/> 被保険者証 (要返却)	組 合 記 入 欄		<table border="1"> <tr> <td>本人確認</td> <td colspan="3">確認書類廃棄</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">番号確認</td> <td colspan="2">身元確認</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> マイナンバーカード(裏)</td> <td><input type="checkbox"/> マイナンバーカード(表)</td> <td><input type="checkbox"/> 運転免許証</td> <td><input type="checkbox"/> パスポート</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 通知カード</td> <td></td> <td colspan="2">次の2点 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 住民票</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 住民票</td> <td></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 厚生年金確認書類</td> </tr> <tr> <td>その他()</td> <td></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 雇用保険確認書類</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2">その他()</td> </tr> </table>				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"/> 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	<input type="checkbox"/> 通知カード		次の2点 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 住民票		<input type="checkbox"/> 住民票		<input type="checkbox"/> 厚生年金確認書類		その他()		<input type="checkbox"/> 雇用保険確認書類				その他()
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"/> 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																																																		
<input type="checkbox"/> 通知カード		次の2点 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 住民票																																																			
<input type="checkbox"/> 住民票		<input type="checkbox"/> 厚生年金確認書類																																																			
その他()		<input type="checkbox"/> 雇用保険確認書類																																																			
		その他()																																																			

准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

直近に医師国保から交付を受けていたものを囲む
 資格情報のお知らせ(A4)は返却不要ですが、カード型の資格確認書または被保険者証は返却が必要です

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

事業主の署名
 法人事業所の場合は理事長の署名

組合員氏名
 (事業主氏名) 京都 太郎

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

【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

連 絡 先	電話番号 075 — 123 — 4567				
	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"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 通知カード		次の2点 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 住民票		
	<input type="checkbox"/> 住民票		<input type="checkbox"/> 厚生年金確認書類		
	その他()		<input type="checkbox"/> 雇用保険確認書類		
			その他()		