第3種組合員脱退届

第3種組合員証番号			ー					

資格喪失年月日 （事務局記入欄）	年　　月　　日

脱退する第3種組合員の氏名			年齢
組合員	(姓)	(名)	

脱退後連絡先（転住先）		
住所	〒　・海外に転住の場合は国内の連絡先	
電話番号	ー　　ー	

第3種組合員証 （黄緑色の紙製の証）	
返却	☐ 脱退届に添えて返却します。
	☐ 紛失したため返却できませんが、発見した場合はすぐに返却します。

組合員が脱退する事由						
☐ 北海道の区域外に転住（転住先:国内）	転出年月日	：令和	年	月	日	当日脱退
☐ 北海道の区域外に転住（転住先:海外）	転出年月日	：令和	年	月	日	翌日脱退
☐ 医療及び福祉の事業に従事しない（休廃業）	休廃業年月日	：令和	年	月	日	翌日脱退
☐ 北海道医師会を退会	退会年月日	：令和	年	月	日	翌日脱退
☐ 自己都合による任意脱退	脱退年月日（届出日以降に限る）	：令和	年	月	日	当日脱退

北海道医師国民健康保険組合の脱退を、上記のとおり届けます。

届出年月日	令和　　年　　月　　日
組合員(医師)氏名	

北海道医師国民健康保険組合理事長 様

【必要書類】

- ☐ 第3種組合員証 （届出と同時に返却可能な場合）
- ☐ 被保険者資格喪失（脱退）届【組合員（医師）世帯全員用】（様式第16号①）およびその必要書類（被保険者である家族がいる場合）
- ☐ 被保険者資格喪失届【准組合員（従業員）世帯全員用】（様式第16号②）およびその必要書類（被保険者である従業員がいる場合・全員分）

支部(医師会)記入欄

受　付	年　月　日	支部(医師会)担当者印
台帳整理	年　月　日	
組合宛回送	年　月　日	

届出代行者（担当者）	事業所名称	
	担当者氏名	
	連絡先電話番号	ー　　ー

事務局記入欄

喪失区分	事由区分	台帳入力	組合員証
包括喪失 支部異動	9. その他		回収 ／ 未回収 紛失

受付日付印

・各種申請書等で知り得た組合員及び被保険者の情報は、法令に定める場合を除き、組合業務の目的以外で利用することはありません。
・届け出は支部経由となりますので、事実の生じた日から十四日以内に所属支部（郡市医師会又は医育機関医師会）に提出してください。
・各欄の□には、あてはまるものに✓をつけてください。項目は全て記入してください。不備があるときは、再提出をお願いすることがあります。

2024.12.2