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

記号・番号	道医 ・ ―

（第3種組合員は、資格喪失する被保険者の記号・番号）

資格喪失年月日（事務局記入欄）	年　月　日

・・・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□はあてはまるものに✓を、選択項目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。

資格喪失する被保険者（第3種組合員本人を除く）	氏名		組合員との続柄	個人番号（マイナンバー）	年齢（記入不要）
組合員	（姓）	（名）	組合員（医師）本人		
家族1	（姓）	（名）	1. 配偶者 2. 子 3. その他（　　）		
家族2	（姓）	（名）	1. 配偶者 2. 子 3. その他（　　）		
家族3	（姓）	（名）	1. 配偶者 2. 子 3. その他（　　）		
家族4	（姓）	（名）	1. 配偶者 2. 子 3. その他（　　）		

組合員が脱退する事由		
□ 社会保険に加入（協会けんぽ・健保組合・共済組合）	資格取得年月日：令和　年　月　日
□ 国民健康保険に加入（市町村・国保組合）	資格取得年月日：令和　年　月　日
□ 北海道の区域外に転住（転出先：国内）	転出年月日：令和　年　月　日
□ 北海道の区域外に転住（転出先：海外）	転出年月日：令和　年　月　日
□ 北海道医師会を退会	退会年月日：令和　年　月　日
□ 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
□ 75歳到達（組合員資格継続を希望しない）	75歳到達年月日：令和　年　月　日
□ 死亡	死亡年月日：令和　年　月　日
□ その他（理由：　　）	該当年月日：令和　年　月　日

保険に加入するための証明（離脱証明書）

□ 不必要（保険の加入手続き済み）

□ 必要　…資格喪失後連絡先宛送付

- □ 国民健康保険の加入手続きのため
- □ 社会保険の加入手続きのため（扶養認定・適用除外承認解除）
- □ その他［理由：　　］

組合員（医師）の資格喪失後連絡先（転住先）

住所	〒　・海外に転住の場合は国内の連絡先
電話番号	―　―
氏名	※組合員の葬祭に係る喪失の場合は連絡先となるご遺族の氏名及び続柄 （続柄：　　）

【必要書類】　確認して✓をつけてください。

□ 社会保険加入に係る確認書類（新しい保険の「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」のコピー等）［脱退事由が社会保険に加入のときは必須］

□ 資格確認書、限度額適用認定証などの組合から交付されている証等［交付されている場合］

上記のとおり、**必要書類を添えて**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　　※ 組合員の葬祭に係る喪失の場合は、ご遺族の氏名を記入してください。

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	―　―

事務局記入欄

喪失区分	事由区分	台帳入力	離脱証明書
包括喪失 支部異動	2. 社保加入 3. 生保開始 4. 死亡 9. 後期加入 9. その他		

回収	資格確認書
組	無　有　／　未　紛
1	無　有　／　未　紛
2	無　有　／　未　紛
3	無　有　／　未　紛
4	無　有　／　未　紛

□ 加入証明等

受付日付印

2024.12.2