

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

記号・番号	道医	・		—		—		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。届出は支部経由となり、事実の生じた日から十四日以内に所属支部(郡市医師会又は医師会又は医師会又は医師会)に提出してください。不備があるときは、再提出をお願いします。

氏名	准組合員との続柄		個人番号(マイナンバー)				年齢 (記入不要)
	(姓) (名)	准組合員(従業員)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()						

資格喪失する事由

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

組合員(医師)の管理する医療機関を退職 退職年月日: 令和 年 月 日

死亡 死亡年月日: 令和 年 月 日

組合員(医師)の資格喪失(脱退)

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

- 組合員(医師)宛送付
- 准組合員(従業員)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:)

住所: 〒

電話番号: - -

氏名: ※准組合員(従業員)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)住所 (住民票記載の住所)	北海道
氏名	
個人番号(マイナンバー)	

北海道医師国民健康保険組合理事長 様

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	- -

喪失区分	事由区分	台帳入力	離脱証明書
包括喪失	2. 社保加入		
一部喪失	3. 生保開始		
	4. 死亡		
	9. 後期加入		
	9. その他		

回数	資格確認書			
准	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

