被保険者資格喪失届【家族用】

様式第16号③

記号・番号 道医 - (准組合員) 資格喪失年月日 (事務局記入欄) 年 月 日

准組合員 組合員(医師)の家族の資格喪失 准組合員(従業員)の家族の資格喪失 准組合員の氏名 准組合員の個人番号(マイナンバー)

資格喪失する被保険者 氏名 組合員又は准組合員との続柄 個人番号(マイナンバー) 年齢(記入不要) 家族1 家族2 家族3 家族4

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) 国民健康保険に加入(市町村・国保組合) 組合員等と世帯を異にした(転出先:国内) 組合員等と世帯を異にした(転出先:海外) 死亡 その他(理由)

保険に加入するための証明(離脱証明書) 必要 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) 証明書送付先 組合員(医師)宛 准組合員(従業員)宛 資格喪失をした家族宛 その他(住所 氏名)

【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)

支所(医師会)記入欄 受付 年 月 日 支所(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 一部喪失 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 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

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。再提出をお願いすることがあります。国民健康保険法第十九条第一項