（様式22号）

国民健康保険被保険者資格喪失届

※代理人（社会保険労務士等）を通じて届け出る場合は、裏面の委任状と代理人の身分証の写しが必要です。

被保険者証	記号	全歯	1	5	番号								※資格喪失日より被保険者証は使用できません。支部事務所へ返還ください。また資格喪失月の前月分まで保険料が賦課されます。

資格喪失者		本人・家族に〇をしてください	喪失理由 ※喪失理由によって裏面記載の証明書が必要になります。ご確認ください。	□ 退 職　□世 帯 分 離 □ 社会保険加入　□生活保護開始 □ 死 亡 □ その他（　　）
★組合員	氏名	組合員本人		
2	氏名	家族	喪失理由 該当年月日	上記の喪失理由（退職日、社会保険加入日等）の日付を正確に記入してください。 令和　年　月　日
	個人番号 マイナンバー			
3	氏名	家族		
	個人番号 マイナンバー		資格喪失日	令和　年　月　日 ※資格喪失理由により喪失日が変わります。不明の場合は組合にて記入しますので、空欄にてご提出ください。
4	氏名	家族		
	個人番号 マイナンバー		資格喪失証明書 （次の健康保険加入する際、提出する必要のある方は必要にチェックをしてくてください。）	□ 必 要　□ 不 要
5	氏名	家族		送付先　□下記の組合員住所 □診療所　□その他
	個人番号 マイナンバー			その他に☑の方 住 所
診療所名				電話番号

上記のとおり被保険者証（または資格確認書）を添えて届け出ます。資格喪失者に係わる保険給付費について最終責任を負います。

令和　　年　　月　　日

★組合員 ※資格喪失する組合員（家族の場合はその世帯に属する組合員）が記入してください。

〒　　電話番号

住 所

組合員氏名

個人番号 マイナンバー												

全国歯科医師国民健康保険組合理事長　殿

事業主確認欄 ※1種組合員または後期組合員が記入してください。

1.上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

2.資格喪失者の被保険者証を添えて届け出ます。

医療機関コード
（変更時のみ記入）

1種組合員の被保険者証　記号・番号

（後期高齢者組合員証　番号）

記号	全歯	15	番号	

1種（後期）
組合員氏名

※　保険証（または資格確認書）と喪失届は必ずセットで提出してください。

被保険者台帳	名簿	証回収	喪失届出入力	異動調整簿	所得割入力

支部長	支部常務	係

支部受理
受付印

※組合が業務上知り得た個人情報は、組合業務の目的以外に使用することはありません。

※資格を喪失するために必要な書類

①国民健康保険被保険者資格喪失届

②被保険者証または資格確認書

③高齢受給者証もしくは限度額認定証（該当者のみ）

④下記の喪失理由別添付書類

喪 失 理 由	必 要 な 添 付 書 類
退　　職	添付書類必要なし。 【全国歯の資格喪失日：退職日の翌日】
社会保険加入	次に加入された社会保険（協会けんぽや共済組合）の被保険者証の写し。 【全国歯の資格喪失日：社会保険加入日の翌日】
死　　亡	死亡診断書の写し、または住民票等、死亡年月日が確認できるもの 【全国歯の資格喪失日：死亡した日の翌日】
世 帯 分 離	世帯分離をした日付が確認できる住民票 【全国歯の資格喪失日：世帯分離開始日】
生活保護開始	生活保護受給証明書等、受給開始日のわかる書類の写し 【全国歯の資格喪失日：生活保護開始日】

代理人（社会保険労務士等）を通して届け出る場合は、下記の委任状を記入してください。また代理人の身分証の写し（例：運転免許証、パスポート等の写し）を添付してください。

委 任 状

代理人（担当者）
事業所名・氏名　　連絡先（電話番号）

私は、上記の者を代理人と定め、全国歯科医師国民健康保険組合への資格喪失の手続きを委任します。

令和　　年　　月　　日

1種組合員氏名
または　　㊞　（自署の場合は押印省略可）
後期高齢者組合員氏名