

組合員が全国歯の資格を喪失する場合

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。

※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。

被保険者証	記号	全歯	1	5	番号	3	2	0	0	0	0	1	
資格喪失者				本人・家族に○をしてください				喪失理由		<input checked="" type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 社会保険加入 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 死亡			
★組合員	氏名	組合建一				組合員本人				※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。 喪失理由が退職の場合、退職日を記入			
2	氏名	組合花子				家族				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。 喪失理由 該当年月日 令和 4 年 3 月 31 日			
3	氏名	組合の資格を喪失する方を記入してください。				家族				資格喪失日 令和 4 年 4 月 1 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。			
喪失理由・喪失理由該当年月日・資格喪失日について (診療所)退職 → 喪失理由該当年月日と翌日が資格喪失日 世帯分離 → 喪失理由該当年月日と資格喪失日は同じ日 社会保険加入 → 喪失理由該当年月日の翌日が資格喪失日 生活保護開始 → 喪失理由該当年月日と資格喪失日は同じ日 死亡 → 喪失理由該当年月日の翌日が資格喪失日 【その他】 後期高齢加入 → 喪失理由該当年月日と資格喪失日は同じ日												資格喪失証明書 (次の健康保険加入の際、提出する必要がある方は必要にチェックをしてください。)	
診療所名	〇〇〇〇デンタルクリニック												
<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 送付先 <input checked="" type="checkbox"/> 下記の組合員住所 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> その他 その他に <input checked="" type="checkbox"/> の方 住所 〒 電話番号													
上記のとおり被保険者証を添えて届け出ます。資格喪失者に係る保険給付費について最終責任を負います。 令和 4 年 4 月 5 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。 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 住所 新潟県新潟市〇〇〇〇3-2-1													
組合員氏名 組合建一 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。

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	1000001
----	----	----	----	---------

医療機関コード (変更時のみ記入)

1種(後期)組合員氏名 全国歯太郎

従業員及び家族が資格を喪失する場合は、必ずその事業所の1種(後期)組合員が記入してください。

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

※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
- 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) 〇〇事務所 代理人氏名
事業所名・氏名

連絡先(電話番号) 000-000-0000

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の資格喪失手続きを委任します。

代理人を通じて届出を提出する場合は、委任状を記入のうえ、代理人の方の身分証の写しを添付してください。

令和 4 年 4 月 5 日

1種組合員氏名
または 全国歯 太郎 (自署または押印が必須)
後期高齢者組合員氏名