

決 裁	事務局長	課長	係長	係
	令和 年 月 日			

処 理 欄	入力	照合	証 回 収

資格喪失年月日			
令和	年	月	日

資格喪失届

枚目 / 枚中

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

喪失区分	<input type="checkbox"/> 事業主 第1種・第3種組合員	<input type="checkbox"/> 勤務医師 第1種・第3種組合員	<input type="checkbox"/> 従業員 第2種・第4種組合員	<input type="checkbox"/> 家族
記号	8 6 -	番号	記号・番号は正確に記入してください。（左詰め）	
資格喪失者の氏名		種別 (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ることがあります。	<input type="checkbox"/> 医師会退会 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 閉院 <input type="checkbox"/> 社会保険加入 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 地区外転出 <input type="checkbox"/> その他()
個人番号		第1種・第2種 第3種・第4種 家族		
1			喪失理由 該当年月日	上記喪失理由（医師会退会日、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
2		家族		
3		家族	資格喪失 証明書	<input type="checkbox"/> 必要 下記に送付先を記入してください。 <input type="checkbox"/> 不要 〒 - 電話番号 - -
4		家族		
5		家族		
事業所名 又は、勤務先名		経営区分		<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人
所在地		厚生年金		<input type="checkbox"/> 適用 <input type="checkbox"/> 非適用
上記のとおり被保険者証を添えて届け出ます。なお、被保険者証を返還しなかった場合には、その資格喪失者の保険給付費について、貴組合に負担をかけないことを確約いたします。 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。 〒 - 住所 _____ 電話番号 - - 氏名 _____ (自署) 個人番号 _____ 東京都医師国民健康保険組合理事長 殿				

事業主確認欄 ※事業主（医師組合員）及びその家族の喪失時は記入不要 1. 上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 2. 資格喪失者に係る保険給付費について最終責任を負います。		事業主名 _____ (自署) (医師組合員)
--	--	----------------------------

備考

保険料
月分

処理印 受付印

代理人（社会保険労務士等）を通じて届け出る場合は、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を添付してください。

委 任 状

代 理 人

私は、上記の者を代理人と定め、東京都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

委 任 者

第1種・第3種組合員
事業主（雇用主）

下記に、代理人の身分証の写しを貼付してください。（例：運転免許証、パスポート等の写し）

身分証 貼付欄

添付書類について

喪失理由	必要な添付書類
退職	厚生年金保険被保険者資格喪失確認通知書の写し、または雇用保険資格喪失確認通知書の写しのいずれか1つ ※厚生年金を適用していない場合は、必要ありません。
社会保険加入	次に加入された社会保険の被保険者証の写し
死亡	死亡診断書の写し、または住民票の除票のいずれか1つ
世帯分離	世帯分離をした日付が確認できる住民票
生活保護開始	生活保護受給者証の写し
地区外転出	転出先の住民票または、住民票の除票のいずれか1つ