様式第１１号

決裁	事務局長	課長	係長	係
	令和　年　月　日			

処理欄	入力	照合	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	□ 事業主（第１種・第３種組合員）	□ 勤務医師（第１種・第３種組合員）	□ 従業員（第２種・第４種組合員）	□ 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 / 個人番号	種別（○をしてください）
1	第１種・第２種 第３種・第４種 家族
2	家族
3	家族
4	家族
5	家族

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。	□ 医師会退会　□ 世帯分離 □ 退職　□ 閉院 □ 社会保険加入　□ 生活保護開始 □ 死亡　□ 地区外転出 □ その他（　　）
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
資格喪失証明書	□ 必要　下記に送付先を記入してください。　□ 不要 〒　－ 電話番号　－　－

事業所名又は、勤務先名		経営区分	□ 個人　□ 法人
所在地	〒　－ 電話番号　－　－	厚生年金	□ 適用　□ 非適用

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。なお、返還しなかった場合には、資格喪失後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　　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（医師組合員）

処理印　　受付印

備考	保険料
	月分

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」、「資格情報通知書」、「資格確認書」の写しのいずれか１つ
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