

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。
しを添付してください。

裏面

委任状

代理人 **社労士 健吾**

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）

医師 太郎

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）

代理人を通じて届け出をする場合は、委任状に記入のうえ、代理人の方の身分証の写しを貼付してください。

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

表面

第2種・第4種組合員及びその家族

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	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 checked="" type="checkbox"/> 従業員 第2種・第4種組合員	<input checked="" type="checkbox"/> 家族
	記号	8 6 - 0 0 1	番号	1 2 3 4 5 6 7	記号・番号は正確に記入してください。(左詰め)
の身分証の写しが必要です。	資格喪失者の氏名	種別 (○をしてください)	喪失理由	<input type="checkbox"/> 医師会退会 <input type="checkbox"/> 世帯分離 <input checked="" type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 閉院	
	個人番号	第1種・第2種 第3種・第4種	喪失理由 喪失理由で表面に明記することです。	従業員個人番号(マイナンバー)は記入後、事業主が確認してください。	
	従業員 花子 ○○○○○-○○○○○	第2種	従業員個人番号(マイナンバー)は記入後、従業員が確認してください。	従業員家族個人番号(マイナンバー)は記入後、従業員が確認してください。	
	従業員 次郎 △△△△△-△△△△△	家族	喪失理由	令和 ○○年○○月○○日	
	家族	家族	資格喪失証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 〒○○○-○○○○ 東京都中央区○○○ 1-1-1 電話番号 090-○○○○-○○○○	
	事業所名 又は、勤務先名	〇〇〇クリニック	経営区分	<input checked="" type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人	
	所在地	〒○○○-○○○○ 東京都千代田区○○○ 1-1-1 電話番号 03-○○○○-○○○○	厚生年金	<input type="checkbox"/> 適用 <input checked="" 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る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 09-○○○○-○○○○	
	〒○○○-○○○○	東京都中央区○○○ 1-1-1	氏名	従業員 花子 (自署)	
	東京都医師国民健康保険組合理事長 殿		個人番号	○○○○○-○○○○○	

資格喪失する方を記入してください。
※家族の一部喪失の場合は、資格喪失される家族の氏名だけ記入してください。

従業員個人番号(マイナンバー)は記入後、事業主が確認してください。
従業員家族個人番号(マイナンバー)は記入後、従業員が確認してください。

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)が氏名と個人番号を記入してください。
(例)
従業員の喪失 → 従業員の氏名・個人番号を記入
家族の喪失 → 喪失する家族が属する世帯の組合員の氏名・個人番号を記入

事業主名 (医師組合員) → 医師 太郎 (自署)

従業員及び従業員の家族の喪失の場合は、必ず事業主の署名が必要になります。

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。
しを添付してください。

裏面

委任状

代理人 **社労士 健吾**

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） **医師 太郎**

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）

代理人を通じて届け出をする場合は、委任状に記入のうえ、代理人の方の身分証の写しを貼付してください。

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