

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

被保険者証	記号	全歯	4	8	番号	3	2	0	0	0	0	1	※資格喪失日より全国歯の保険給付を受ける資格がありません。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 ○をして ください		喪失理由		☒ 退職 ☐ 世帯分離 ☐ 社会保険加入 ☐ 生活保護開始 ☐ 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		喪失理由		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。			
	個人番号 マイナンバー	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	令和 4 年 3 月 31 日	
3	氏名						家族		資格喪失日		令和 4 年 4 月 1 日			
	個人番号 マイナンバー												※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														
診療所名		〇〇〇〇デンタルクリニック												
資格喪失証明書		☒ 必要 ☐ 不要 送付先 ☒ 下記の組合員住所 ☐ 診療所 ☐ その他 その他に ☒ の方住所 電話番号												
(次の健康保険加入する際、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。) 令和 4 年 4 月 5 日														
上記のとおり必要書類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 栃木県宇都宮市〇〇〇〇3-2-1														
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。

- 上記の記載事項に誤りが無いことを確認しました。
- 資格喪失者の必要書類を添えて届け出ます。

医療機関コード
(変更時のみ記入)

1 1 1 1 1 1 1

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	48	番号	1000001
----	----	----	----	---------

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/資格確認書/資格情報のお知らせ
- 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)(被保険者証/資格確認書/資格情報のお知らせ)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

社 労 士 名 前

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手続きを委任します。

令和4年4月5日

代理人を通し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。

1種組合員氏名
または
後期高齢者組合員氏名

全 国 歯 太 郎

㊞ (自署または押印が必須)