

資格喪失届 記入の手引き

資格喪失届 (見本)

申請者

事業主 (組合員)

従業員(准組合員)の喪失の場合も事業主が申請してください。

提出先

所属の料飲国保加入団体

(料飲国保加入団体一覧で確認してください。)

国民健康保険
被保険者証

有効期限 令和〇〇年〇月〇日
記号 料番号 〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇 枝番 〇〇

上2桁の番号から
確認できます

喪失届の記入例・添付書類等

- 事業主がやめるとき.....2ページ
- 従業員が退職したとき.....3ページ
- 死亡したとき.....4ページ
- 家族が転出したとき.....5ページ
- 家族が他の健康保険に加入したとき.....6ページ
- 生活保護の受給開始となったとき.....7ページ

加入状況によっては、その他の書類を提出していただく場合があります。詳細は所属の料飲国保加入団体に確認してください。

記入例

事業主がやめるとき

※従業員も同時喪失となります。(喪失届は世帯ごとに必要)

添付書類

- ・被保険者証
- ・その他交付を受けている証

① (准)組合員(世帯主)の保険証記号
番号・氏名の記入と事業所名の記入

- ・事業主世帯……事業主の氏名を記入してください。
- ・従業員世帯……従業員の氏名を記入してください。

② 喪失する被保険者の氏名等の記入

- ・個人番号の記入は不要です。
- ・家族がいる場合は家族の氏名等も記入してください。

③ 喪失年月日、喪失理由の記入

喪失理由	資格喪失年月日	喪失理由	
		○する項目	記入項目
市町村国保へ異動する	異動する日	①脱退	/
加入団体を脱退した	加入団体の組合員でなくなる日		
廃業した	最終営業日の翌日	④廃業	最終営業日

喪失年月日は誤りのないよう必ず記入してください！

④ 喪失証明書送付先の選択
(次の健康保険に加入する際に必要な証明書)

- ・保険証記載ではない住所等に送付する場合は、住所を記載した封筒を添付してください。(切手不要)
- ・本人来所の場合は、事前に加入団体にご相談ください。
- ・不要な場合は、理由を()内に記入してください。

⑤ 申請日、事業主名の記入、押印

- ・事業主の自筆の場合は、押印は不要です。

資格喪失届

※喪失日から被保険者証はご使用になれません
*自署の場合は押印不要

喪失

2019.1

【太枠内(准)組合員記入】

記号番号	料	〇〇〇〇	—	〇〇〇〇				
(准)組合員氏名(世帯主氏名)	料飲	太郎	料飲	事業所名	料飲食堂			

【個人番号の利用目的について】 当組合では組合員及び被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、保険料の賦課及び給付事務で利用します。

氏名	料飲	太郎	生年 月日	年齢	性別	続柄	本人 家族
個人番号	←記入後は個人情報保護シールを貼ってください						
資格喪失年月日	〇〇〇〇年〇月〇日		喪失理由 (該当する項目に○および記載してください) ① 脱退 ② 生活保護開始(開始日 年 月 日) ③ その他 () ④ 廃業(最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職(退職日 年 月 日) ⑥ 死亡(死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入(加入日 年 月 日 保険者名称 ())				

氏名	料飲	花子	生年 月日	年齢	性別	続柄	本人 家族
個人番号	←記入後は個人情報保護シールを貼ってください						
資格喪失年月日	〇〇〇〇年〇月〇日		喪失理由 (該当する項目に○および記載してください) ① 脱退 ② 生活保護開始(開始日 年 月 日) ③ その他 () ④ 廃業(最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職(退職日 年 月 日) ⑥ 死亡(死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入(加入日 年 月 日 保険者名称 ())				

氏名	(氏)	(名)	生年 月日	年齢	性別	続柄	本人 家族
個人番号	←記入後は個人情報保護シールを貼ってください						
資格喪失年月日			喪失理由 (該当する項目に○および記載してください) ① 脱退 ② 生活保護開始(開始日 年 月 日) ③ その他 () ④ 廃業(最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職(退職日 年 月 日) ⑥ 死亡(死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入(加入日 年 月 日 保険者名称 ())				

氏名	(氏)	(名)	生年 月日	年齢	性別	続柄	本人 家族
個人番号	←記入後は個人情報保護シールを貼ってください						
資格喪失年月日			喪失理由 (該当する項目に○および記載してください) ① 脱退 ② 生活保護開始(開始日 年 月 日) ③ その他 () ④ 廃業(最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職(退職日 年 月 日) ⑥ 死亡(死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入(加入日 年 月 日 保険者名称 ())				

喪失証明書※ 送付先	(該当する項目に○をつけてください)						
※ 次の健康保険に加入する際に必要な証明書	① 所属組合	② 事業所	③ 保険証記載の住所	④ 別添封筒記載の住所	⑤ 本人来所	⑥ 不要 (理由:)	⑦ その他 ()
							※代理人住所の場合は事業主からの委任状が必要

【事業主記入】 上記のとおり必要書類を添えて届け出ます
京都料飲飲食業国民健康保険組合理事長 様

申請日 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

事業主氏名 料飲 太郎

資格喪失確認通知は事業所へ送付します

以下を希望する場合は○をつけてください

1. 事業主自宅住所
2. 所属組合
3. 代理人住所※

※事業主からの委任状が必要

記入例

従業員が退職したとき

添付書類

- ・被保険者証
- ・その他交付を受けている証

① 従業員の保険証記号番号・氏名の記入と事業所名の記入

② 喪失する被保険者の氏名等の記入
 ・個人番号の記入は不要です。
 ・家族がいる場合は家族の氏名等も記入してください。

③ 喪失年月日、喪失理由の記入
 (記入例)

資格喪失年月日	喪失理由	
	○する項目	記入項目
退職日の翌日	⑤退職	退職日

・法人事業所、任意適用事業所の場合、厚生年金の喪失年月日と合わせてください。

喪失年月日は誤りのないよう必ず記入してください!

④ 喪失証明書送付先の選択
 (次の健康保険に加入する際に必要な証明書)

・保険証記載ではない住所等に送付する場合は、住所を記載した封筒を添付してください。(切手不要)
 ・本人来所の場合は、事前に参加団体にご相談ください。
 ・不要な場合は、理由を()内に記入してください。

⑤ 申請日、事業主名の記入、押印
 ・事業主の自筆の場合は、押印は不要です。

*喪失日から被保険者証はご使用になれません
 *自署の場合は押印不要

喪失

2019.1

資格喪失届

[太枠内(准)組合員記入]

記号番号	料	〇〇〇〇	—	〇〇〇〇					
(准)組合員氏名(世帯主氏名)	(氏)	国保		(名)	一郎		(国保)	事業所名	料飲食堂

【個人番号の利用目的について】 当組合では組合員及び被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、保険料の賦課及び給付事務で利用します。

氏名	(氏)	(名)	国保	(名)	一郎	生年	月	日	年齢	性別	続柄	本人			
個人番号						〇〇〇〇	年	〇	月	〇	日	〇〇歳	男	続柄	本人
←記入後は個人情報保護シールを貼ってください															

1	資格喪失年月日	〇〇〇〇	年	〇	月	〇	日	喪失理由(該当する項目に○および記載してください)
	※右欄喪失理由が①～③の場合はその日 ④～⑧の場合はその翌日	〇〇〇〇	年	〇	月	〇	日	① 脱退 ② 生活保護開始(開始日 年 月 日) ③ その他() ④ 廃業(最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職(退職日 〇〇年 〇〇月 〇〇日) ⑥ 死亡(死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入(加入日 年 月 日) 保険者名称()

2	資格喪失年月日	〇〇〇〇	年	〇	月	〇	日	喪失理由(該当する項目に○および記載してください)
	※右欄喪失理由が①～③の場合はその日 ④～⑧の場合はその翌日	〇〇〇〇	年	〇	月	〇	日	① 脱退 ② 生活保護開始(開始日 年 月 日) ③ その他() ④ 廃業(最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職(退職日 〇〇年 〇〇月 〇〇日) ⑥ 死亡(死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入(加入日 年 月 日) 保険者名称()

3	資格喪失年月日	〇〇〇〇	年	〇	月	〇	日	喪失理由(該当する項目に○および記載してください)
	※右欄喪失理由が①～③の場合はその日 ④～⑧の場合はその翌日	〇〇〇〇	年	〇	月	〇	日	① 脱退 ② 生活保護開始(開始日 年 月 日) ③ その他() ④ 廃業(最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職(退職日 年 月 日) ⑥ 死亡(死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入(加入日 年 月 日) 保険者名称()

4	資格喪失年月日	〇〇〇〇	年	〇	月	〇	日	喪失理由(該当する項目に○および記載してください)
	※右欄喪失理由が①～③の場合はその日 ④～⑧の場合はその翌日	〇〇〇〇	年	〇	月	〇	日	① 脱退 ② 生活保護開始(開始日 年 月 日) ③ その他() ④ 廃業(最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職(退職日 年 月 日) ⑥ 死亡(死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入(加入日 年 月 日) 保険者名称()

喪失証明書※	送付先	(該当する項目に○をつけてください)	① 所属組合	② 事業所	③ 保険証記載の住所	④ 別添封筒記載の住所
※ 次の健康保険に加入する際に必要な証明書	⑤ 本人来所	⑥ 不要(理由:)	⑦ その他()	※代理人住所の場合は事業主からの委任状が必要		

[事業主記入] 上記のとおり必要書類を添えて届け出ます
 京都料飲食堂国民健康保険組合理事長 様

申請日 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

事業主氏名 料飲 太郎

資格喪失確認通知は事業所へ送付します

以下を希望する場合は○をつけてください

1. 事業主自宅住所
2. 所属組合
3. 代理人住所※
※事業主からの委任状が必要

記入例

死亡したとき

※葬祭を行ったときは葬祭費を支給します。(要申請)

添付書類

- ・被保険者証
- ・その他交付を受けている証
- ・死亡診断書または埋葬許可証の写し

① (准)組合員(世帯主)の保険証記号
番号・氏名の記入と事業所名の記入

- ・事業主世帯……事業主の氏名を記入してください。
- ・従業員世帯……従業員の氏名を記入してください。

② 喪失する被保険者の氏名等の記入

- ・個人番号の記入は不要です。

③ 喪失年月日、喪失理由の記入

(記入例)

資格喪失年月日	喪失理由	
	○する項目	記入項目
死亡日の翌日	⑥死亡	死亡日

喪失年月日は誤りのないよう必ず記入してください！

④ 喪失証明書送付先の選択
(次の健康保険に加入する際に必要な証明書)

- ・不要のため、理由を()内に記入してください。

⑤ 申請日、事業主名の記入、押印

- ・事業主の自筆の場合は、押印は不要です。
- ・事業主死亡の場合は、相続される方が申請してください。
(事業主と相続される方の関係がわからない場合は、関係がわかる書類の提出を依頼する場合があります。)

*喪失日から被保険者証はご使用になれません
*自署の場合は押印不要

喪失

2019.1

資格喪失届

[本枠内(准)組合員記入]

記号番号	料	〇〇〇〇 — 〇〇〇〇			
(准)組合員氏名(世帯主氏名)	(氏)	国保	(名)	一郎	事業所名
					料飲食堂

(個人番号の利用目的について) 当組合では組合員及び被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、保険料の賦課及び給付事務で利用します。

氏名	(氏)	(名)	国保	花子	生年	年月日	〇〇〇〇年〇月〇日	年齢	〇〇歳	性別	女	続柄	本人・家族	
個人番号	←記入後は個人情報保護シールを貼ってください													
1	資格喪失年月日	〇〇〇〇年〇月〇日		喪失理由 (該当する項目に○および記載してください) ① 脱退 ② 生活保護開始 (開始日 年 月 日) ③ その他 () ④ 廃業 (最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職 (退職日 年 月 日) ⑥ 死亡 (死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入 (加入日 年 月 日) 保険者名称 ()										
2	資格喪失年月日	年 月 日		喪失理由 (該当する項目に○および記載してください) ① 脱退 ② 生活保護開始 (開始日 年 月 日) ③ その他 () ④ 廃業 (最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職 (退職日 年 月 日) ⑥ 死亡 (死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入 (加入日 年 月 日) 保険者名称 ()										
3	資格喪失年月日	年 月 日		喪失理由 (該当する項目に○および記載してください) ① 脱退 ② 生活保護開始 (開始日 年 月 日) ③ その他 () ④ 廃業 (最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職 (退職日 年 月 日) ⑥ 死亡 (死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入 (加入日 年 月 日) 保険者名称 ()										
4	資格喪失年月日	年 月 日		喪失理由 (該当する項目に○および記載してください) ① 脱退 ② 生活保護開始 (開始日 年 月 日) ③ その他 () ④ 廃業 (最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職 (退職日 年 月 日) ⑥ 死亡 (死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入 (加入日 年 月 日) 保険者名称 ()										

喪失証明書※	(該当する項目に○をつけてください)													
送付先	① 所属組合		② 事業所		③ 保険証記載の住所		④ 別添封筒記載の住所							
※ 次の健康保険に加入する際に必要な証明書	⑤ 本人来所		⑥ 不要 (理由: 死亡のため)		⑦ その他 ()		※代理人住所の場合は事業主からの委任状が必要							

[事業主記入] 上記のとおり必要書類を添えて届け出ます
京都料理飲食業国民健康保険組合理事長 様

申請日 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

事業主氏名 料飲 太郎

資格喪失確認通知は事業所へ送付します

以下を希望する場合は○をつけてください

1. 事業主自宅住所
2. 所属組合
3. 代理人住所※
※事業主からの委任状が必要

記入例

家族が転出したとき

添付書類

- ・被保険者証
- ・その他交付を受けている証

① (准)組合員(世帯主)の保険証記号
番号・氏名の記入と事業所名の記入

- ・事業主世帯……事業主の氏名を記入してください。
- ・従業員世帯……従業員の氏名を記入してください。

② 喪失する被保険者の氏名等の記入

- ・個人番号の記入は不要です。

③ 喪失年月日、喪失理由の記入

(記入例)

資格喪失年月日	喪失理由	
	○する項目	記入項目
転出日	③その他	(転出)

マイナンバーを利用した情報連携により料飲国保から住民基本台帳ネットワークに転出日の確認をします。
情報が取得できなかった場合は、「**新しい住所地の住民票**」の提出を依頼します。

④ 喪失証明書送付先の選択
(次の健康保険に加入する際に必要な証明書)

- ・保険証記載ではない住所等に送付する場合は、住所を記載した封筒を添付してください。(切手不要)
- ・本人来所の場合は、事前に加入団体にご相談ください。
- ・不要な場合は、理由を()内に記入してください。

⑤ 申請日、事業主名の記入、押印

- ・事業主の自筆の場合は、押印は不要です。

資格喪失届

*喪失日から被保険者証はご使用になれません
*自署の場合は押印不要

喪失

2019.1

【太枠内(准)組合員記入】

記号番号	料	〇〇〇〇〇 — 〇〇〇〇〇			
(准)組合員氏名 (世帯主氏名)	(氏)	国保	(名)	一郎	事業所名 料飲食堂

【個人番号の利用目的について】 当組合では組合員及び被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、保険料の賦課及び給付事務で利用します。

氏名 (氏)	(名)	国保	(名)	花子	生年月日	〇〇〇〇年〇月〇日	年齢	〇〇歳	性別	男	続柄	本人
個人番号	←記入後は個人情報保護シールを貼ってください											
1	資格喪失年月日	〇〇〇〇年〇月〇日	喪失理由 (該当する項目に○および記載してください) ① 脱退 ② 生活保護開始 (開始日 年 月 日) ③ ③ その他 (転出) ④ 廃業 (最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職 (退職日 年 月 日) ⑥ 死亡 (死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入 (加入日 年 月 日) 保険者名称 ()									
2	資格喪失年月日		喪失理由 (該当する項目に○および記載してください) ① 脱退 ② 生活保護開始 (開始日 年 月 日) ③ ③ その他 () ④ 廃業 (最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職 (退職日 年 月 日) ⑥ 死亡 (死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入 (加入日 年 月 日) 保険者名称 ()									
3	資格喪失年月日		喪失理由 (該当する項目に○および記載してください) ① 脱退 ② 生活保護開始 (開始日 年 月 日) ③ ③ その他 () ④ 廃業 (最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職 (退職日 年 月 日) ⑥ 死亡 (死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入 (加入日 年 月 日) 保険者名称 ()									
4	資格喪失年月日		喪失理由 (該当する項目に○および記載してください) ① 脱退 ② 生活保護開始 (開始日 年 月 日) ③ ③ その他 () ④ 廃業 (最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職 (退職日 年 月 日) ⑥ 死亡 (死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入 (加入日 年 月 日) 保険者名称 ()									

喪失証明書※ (該当する項目に○をつけてください)

送付先	① 所属組合	② 事業所	③ 保険証記載の住所	④ 別添封筒記載の住所
※ 次の健康保険に加入する際に必要な証明書	⑤ 本人来所	⑥ 不要 (理由:)	⑦ その他 ()	

※代理人住所の場合は事業主からの委任状が必要

【事業主記入】 上記のとおり必要書類を添えて届け出ます
京都料理飲食業国民健康保険組合理事長 様

申請日 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

事業主氏名 料飲 太郎 料飲

資格喪失確認通知は事業所へ送付します

以下を希望する場合は○をつけてください

1. 事業主自宅住所
2. 所属組合
3. 代理人住所※

※事業主からの委任状が必要

記入例

家族が他の健康保険に加入したとき

添付書類

- ・被保険者証
- ・その他交付を受けている証

①

(准)組合員(世帯主)の保険証記号
番号・氏名の記入と事業所名の記入

- ・事業主世帯……事業主の氏名を記入してください。
- ・従業員世帯……従業員の氏名を記入してください。

②

喪失する被保険者の氏名等の記入

- ・個人番号の記入は不要です。

③

喪失年月日、喪失理由の記入

(記入例)

- ・社会保険の被保険者証が手元にある場合 ※1

資格喪失年月日	喪失理由	
	○する項目	記入項目
社会保険加入日の翌日	⑧社会保険加入	加入日、保険者名

- ・社会保険の被保険者証がまだ手元にない場合 ※2

資格喪失年月日	喪失理由	
	○する項目	記入項目
就職日の翌日	⑧社会保険加入	就職日、勤務先名称

※1 マイナンバーを利用した情報連携により社会保険加入日を確認します。情報が取得できなかった場合は、「社会保険の被保険者証」のコピーの提出を依頼します。

※2 社会保険の被保険者証が手元に届いた時点で、加入団体に連絡してください。マイナンバーを利用した情報連携により社会保険加入日を確認します。情報が取得できなかった場合は、「社会保険の被保険者証のコピー」の提出を依頼します。

④

喪失証明書送付先を選択

(次の健康保険に加入する際に必要な証明書)

- ・不要のため、理由を()内に記入してください。

⑤

申請日、事業主名の記入、押印

- ・事業主の自筆の場合は、押印は不要です。

*喪失日から被保険者証はご使用になれません
*自署の場合は押印不要

喪失

2019.1

資格喪失届

[太枠内 (准) 組合員記入]

記号 番号	料	○○○○○	—	○○○○○					
(准)組合員氏名 (世帯主氏名)		(氏)	(名)	(名)	事業 所名	料飲食堂			
国保		一郎		国保					

【個人番号の利用目的について】 当組合では組合員及び被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、保険料の賦課及び給付事務で利用します。

氏名	(氏)	(名)	国保	(名)	花子	生年 月日	○○○○	年	○	月	○	日	年齢	○	歳	性別	男 ・ 女	続柄	本人 ・ 家族	
個人番号	←記入後は個人情報保護シールを貼ってください																			
1	資格喪失年月日	○○○○	年	○	月	○	日	喪失理由 (該当する項目に○および記載してください)												
<small>※右欄喪失理由が ①～③の場合はその日 ④～⑧の場合はその翌日</small>																				
<small>① 脱退 ② 生活保護開始 (開始日 年 月 日) ③ その他 () ④ 廃業 (最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職 (退職日 年 月 日) ⑥ 死亡 (死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入 (加入日 年 月 日) 保険者名称 (全国健康保険協会 ○○支部)</small>																				

氏名	(氏)	(名)	国保	(名)	花子	生年 月日	○○○○	年	○	月	○	日	年齢	○	歳	性別	男 ・ 女	続柄	本人 ・ 家族	
個人番号	←記入後は個人情報保護シールを貼ってください																			
2	資格喪失年月日												喪失理由 (該当する項目に○および記載してください)							
<small>※右欄喪失理由が ①～③の場合はその日 ④～⑧の場合はその翌日</small>																				
<small>① 脱退 ② 生活保護開始 (開始日 年 月 日) ③ その他 () ④ 廃業 (最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職 (退職日 年 月 日) ⑥ 死亡 (死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入 (加入日 年 月 日) 保険者名称 ()</small>																				

氏名	(氏)	(名)	国保	(名)	花子	生年 月日	○○○○	年	○	月	○	日	年齢	○	歳	性別	男 ・ 女	続柄	本人 ・ 家族	
個人番号	←記入後は個人情報保護シールを貼ってください																			
3	資格喪失年月日												喪失理由 (該当する項目に○および記載してください)							
<small>※右欄喪失理由が ①～③の場合はその日 ④～⑧の場合はその翌日</small>																				
<small>① 脱退 ② 生活保護開始 (開始日 年 月 日) ③ その他 () ④ 廃業 (最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職 (退職日 年 月 日) ⑥ 死亡 (死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入 (加入日 年 月 日) 保険者名称 ()</small>																				

氏名	(氏)	(名)	国保	(名)	花子	生年 月日	○○○○	年	○	月	○	日	年齢	○	歳	性別	男 ・ 女	続柄	本人 ・ 家族	
個人番号	←記入後は個人情報保護シールを貼ってください																			
4	資格喪失年月日												喪失理由 (該当する項目に○および記載してください)							
<small>※右欄喪失理由が ①～③の場合はその日 ④～⑧の場合はその翌日</small>																				
<small>① 脱退 ② 生活保護開始 (開始日 年 月 日) ③ その他 () ④ 廃業 (最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職 (退職日 年 月 日) ⑥ 死亡 (死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入 (加入日 年 月 日) 保険者名称 ()</small>																				

喪失証明書※ 送付先	(該当する項目に○をつけてください)								
<small>※ 次の健康保険に加入する際に必要な証明書</small>									
<small>① 所属組合 ② 事業所 ③ 保険証記載の住所 ④ 別添封筒記載の住所 ⑤ 本人来所 ⑥ 不要 (理由: 社会保険加入のため) ⑦ その他 () ※代理人住所の場合は事業主からの委任状が必要</small>									

[事業主記入] 上記のとおり必要書類を添えて届け出ます
京都料理飲食業国民健康保険組合理事長 様

申請日 ○○○○年 ○○ 月 ○○ 日

事業主氏名 料飲 太郎 料飲

資格喪失確認通知は事業所へ送付します

以下を希望する場合は○をつけてください

1. 事業主自宅住所
2. 所属組合
3. 代理人住所※
※事業主からの委任状が必要

記入例

生活保護の受給開始となったとき

添付書類

- ・被保険者証
- ・その他交付を受けている証
- ・生活保護開始決定通知書の写し又は保護受給証明書の写し

① (准)組合員(世帯主)の保険証記号番号・氏名の記入と事業所名の記入

- ・事業主世帯……事業主の氏名を記入してください。
- ・従業員世帯……従業員の氏名を記入してください。

② 喪失する被保険者の氏名等の記入

- ・個人番号の記入は不要です。
- ・家族がいる場合は家族の氏名等も記入してください。

③ 喪失年月日、喪失理由の記入

(記入例)

資格喪失年月日	喪失理由	
	○する項目	記入項目
生活保護開始日	②生活保護開始	生活保護開始日

喪失年月日は誤りのないよう必ず記入してください！

④ 喪失証明書送付先の選択
(次の健康保険に加入する際に必要な証明書)

- ・不要のため、理由を()内に記入してください。

⑤ 申請日、事業主名の記入、押印

- ・事業主の自筆の場合は、押印は不要です。

資格喪失届

*喪失日から被保険者証はご使用になれません
*自署の場合は押印不要

喪失
2019.1

【太枠内(准)組合員記入】

記号	料	〇〇〇〇	—	〇〇〇〇
番号				
(准)組合員氏名 (世帯主氏名)	(氏)	国保	(名)	一郎
				事業所名 料飲食堂

【個人番号の利用目的について】 当組合では組合員及び被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、保険料の賦課及び給付事務で利用します。
←記入後は個人情報保護シールを貼ってください

氏名	(氏)	国保	(名)	一郎	生年 月日	〇〇〇〇	年	〇	月	〇	日	年齢	〇〇	歳	性別	<input checked="" type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	続柄	<input checked="" type="radio"/> 本人	<input type="radio"/> 家族	
個人番号																					
1	資格喪失年月日	〇〇〇〇	年	〇	月	〇	日	喪失理由 (該当する項目に○および記載してください)	① 脱退 ② <input checked="" type="radio"/> 生活保護開始(開始日 〇〇年 〇〇月 〇〇日) ③ その他() ④ 廃業(最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職(退職日 年 月 日) ⑥ 死亡(死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入(加入日 年 月 日 保険者名称())												
2	氏名	(氏)	国保	(名)	花子	生年 月日	〇〇〇〇	年	〇	月	〇	日	年齢	〇〇	歳	性別	<input type="radio"/> 男	<input checked="" type="radio"/> 女	続柄	<input type="radio"/> 本人	<input checked="" type="radio"/> 家族
2	資格喪失年月日	〇〇〇〇	年	〇	月	〇	日	喪失理由 (該当する項目に○および記載してください)	① 脱退 ② <input checked="" type="radio"/> 生活保護開始(開始日 〇〇年 〇〇月 〇〇日) ③ その他() ④ 廃業(最終営業日 年 月 日) ⑤ 退職(退職日 年 月 日) ⑥ 死亡(死亡日 年 月 日) ⑦ 75歳到達 ⑧ 社会保険加入(加入日 年 月 日 保険者名称())												
3	氏名	(氏)		(名)		生年 月日		年		月		日	年齢		歳	性別	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	続柄	<input type="radio"/> 本人	<input type="radio"/> 家族
3	資格喪失年月日																				
4	氏名	(氏)		(名)		生年 月日		年		月		日	年齢		歳	性別	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女	続柄	<input type="radio"/> 本人	<input type="radio"/> 家族
4	資格喪失年月日																				

喪失証明書※ (該当する項目に○をつけてください)

送付先

<input type="radio"/> ① 所属組合	<input type="radio"/> ② 事業所	<input type="radio"/> ③ 保険証記載の住所	<input type="radio"/> ④ 別添封筒記載の住所
<input type="radio"/> ⑤ 本人来所	<input checked="" type="radio"/> ⑥ 不要 (理由: 生活保護開始のため)	<input type="radio"/> ⑦ その他()	

※ 次の健康保険に加入する際に必要な証明書 ※代理人住所の場合は事業主からの委任状が必要

【事業主記入】 上記のとおり必要書類を添えて届け出ます
京都料理飲食業国民健康保険組合理事長 様

申請日 〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日

事業主氏名 料飲 太郎

資格喪失確認通知は事業所へ送付します

以下を希望する場合は○をつけてください

- 事業主自宅住所
- 所属組合
- 代理人住所※
※事業主からの委任状が必要