

決裁	理事長	常務理事	事務長

支部長認印

※太枠の中を漏れなく記入してください。続紙として付表3があります。
 ※この届には必ず支部長の認印を受け被保険者証を添えて提出してください。

国民健康保険被保険者資格喪失届(包括・家族) ←

包括・家族のどちらかあてはまる方に○をつけて下さい。

被保険者証 記号番号				資格喪失 年月日	年 月 日
資格喪失者氏名	組合員との 続柄	性別	生 年 月 日		資格喪失の事由
1			昭・平・令 年 月 日		1、社会保険加入 <input type="text"/> 社会保険加入日 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2、退職 <input type="text"/> 退職日 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 3、死亡 <input type="text"/> 死亡日 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 4、廃業 5、その他 <input type="text"/> 詳しく記入して下さい
2			昭・平・令 年 月 日		
3			昭・平・令 年 月 日		
4			昭・平・令 年 月 日		
5			昭・平・令 年 月 日		
6			昭・平・令 年 月 日		
転出先	※喪失後の保険者を記入ください				
該当項目に ○をつけてください	①資格喪失通知の発行 要 ・ 不要 ②資格喪失通知の送付先 薬局 ・ 喪失した被保険者の自宅				

上記のとおり、被保険者証を添えて届けます。

令和 年 月 日

事業主組合員名 印

被保険者氏名 印

住所・電話番号

三岐薬剤師国民健康保険組合理事長殿

異動整理簿	被保険者台帳	被保険者証	受付印