

該当項目に☑をつけて下さい。  
 資格喪失証明書の発行  
有 無  
 送付先  
薬局 自宅

決	理事長	副理事長	常務理事	理事	理事	理事	理事
裁							

事務長	主査	係

## 国民健康保険被保険者 資格喪失届

※

%

(注)

- この届は、世帯人員の異動(減少)があった時に「被保険者証」を添えて十日間以内に提出して下さい。
- 死亡の場合は、「葬祭費支給申請書」も一緒に提出して下さい。
- 廃業等で全員が資格を喪失する場合は、世帯単位(保険証の枚数)ごとに別紙に記載して提出して下さい。
- ※は記入しないで下さい。

被保険者証の 記号・番号	記号	番 号					資格喪失年月日	平成 年 月 日
(フリガナ) 資格喪失となる者の氏名		性別		組合員 との 続柄	生年月日		資格喪失理由 〔該当する項目に ○をつけて下さい〕	
1			男・女		明大昭平 . .		1. 社会保険加入  2. 退職 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">             退職年月日              平成 年 月 日           </div> 3. 死亡  4. 廃業(全員喪失)  5. その他	
2			男・女		明大昭平 . .			
3			男・女		明大昭平 . .			
4			男・女		明大昭平 . .			
5			男・女		明大昭平 . .			
6			男・女		明大昭平 . .			
7			男・女		明大昭平 . .			
上記のとおり被保険者証を添えて届けます。 平成 年 月 日 店舗名称 _____ 〒 _____ 店舗所在地 _____ 店舗電話 ( ) _____ 事業主組合員氏名 _____ (印)								
埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様								

※退職の場合は退職日を必ず記入して下さい。

	ラベル	マスター	異動整理簿	台帳	証明	保険証



