

決裁	事務長	係

国民健康保険被保険者 資格喪失届

【喪失日参考】◇退職日の翌日 ◇死亡日の翌日

◇扶養家族のみ喪失は下記※注1へ(参照)

被保険者記号・番号	記号	番号	資格喪失日 (必須)	令和 年 月 日
	井 葉			

組合員区分 (○でご記入下さい)	1. 事業主組合員	2. 従業員組合員	3. その他の組合員(薬事従事者)
---------------------	-----------	-----------	-------------------

◆ 被保険者の個人番号(マイナンバー)は、被保険者番号を記入した場合は記入不要です。 ◆

個人番号	資格喪失者氏名	性別	組合員との 続柄	生年月日	*資格喪失 事由
------	---------	----	-------------	------	-------------

個人番号		男・女	本人	昭・平・令	番号記載(1~4)
1	(フリガナ)			・	

*番号を選び資格喪失事由欄へ記入して下さい。 1、社会保険加入 2、市町国保加入 3、死亡 4、その他

*資格喪失事由が1、社会保険加入の場合：社会保険に加入した日 → 【令和 年 月 日】(必須)

※家族の喪失は、2以降の欄に記入して下さい。

*資格喪失事由

個人番号		男・女		昭・平・令	・	・	
2	(フリガナ)						

個人番号		男・女		昭・平・令	・	・	
3	(フリガナ)						

個人番号		男・女		昭・平・令	・	・	
4	(フリガナ)						

個人番号		男・女		昭・平・令	・	・	
5	(フリガナ)						

【事業主記入欄】

※ 下記事業所等については、組合員区分3. その他の組合員の方は記載不要です。

【事業所所在地】

【事業所名】

【勤務先薬局名】

令和 年 月 日

〒 -

自宅住所

☎ () -

組合員 氏名

◆被保険者の個人番号(マイナンバー)は、被保険者番号を記入した場合は記入不要です。 ◆

個人番号

福井県薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿

薬剤師国保	健康保険返却日
記入欄	令和 年 月 日

《※関係書類》

- ①当組合健康保険・特定健診受診券(40歳以上)の返却
- ②個人番号記載に係る提出書類【被保険者番号を記入した場合は不要です。】

注1: 扶養家族のみ他の保険へ加入した際には、加入日確認業務が必要な事から新加入健康保険の写し(未交付の場合には加入を証明するもの)がないと喪失できませんのでご了承願います。(資格喪失日は国保組合にて記入致します。)