

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 12ケタ ※通知カード参照		性別	組合員との 続 柄	生 年 月 日		* 資格喪失 事由
資 格 喪 失 者 氏 名						
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 _____						
福井県薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿						

《※関係書類》

薬剤師国保	資格確認書返却日
記入欄	令和 年 月 日

- ①「資格確認書」の返却 (マイナ保険証に係る「資格情報のおしらせ」は返却不要)
②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。)