

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

*上記資格喪失事由が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)

*上記資格喪失事由が4の場合 : 資格喪失証明書の発行 → 【・ 要 ・ 不要 】

※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

TEL

() -

組 合 員

携帯番号

() -

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

③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。)