

注意

一、この届は世帯の全員が組合をやめようとする時に提出するものです。世帯の中の一部の異動(減少)の場合にはこの用紙ではなく資格喪失届の用紙をおつかい下さい。
二、この届には必ず「被保険者証」をそえて下さい。証を紛失その他の理由で添付できないときは誓約書に署名捺印して下さい。(紛失した証が発見された時は組合にお返し下さい。)
三、太線は内諸事項について全部記入下さい。○三(三八七四)七四一までお問い合わせ下さい。
四、不明な点がありましたら組合

脱 退 届

記号	番号	特定	班						
85-									
被保険者氏名	続柄	性別	生年月日	資格喪失年月日	脱退理由	被保険者証回収年月日	受付年月日	適及区分(1)	取消(一)
	(00)本人	1. 男 2. 女	3. 大正 5. 昭和 7. 平成	年月日	年月日		年月日	年月日	
個人番号									
		1. 男 2. 女	3. 大正 5. 昭和 7. 平成	年月日	年月日		年月日	年月日	
個人番号									
		1. 男 2. 女	3. 大正 5. 昭和 7. 平成	年月日	年月日		年月日	年月日	
個人番号									
		1. 男 2. 女	3. 大正 5. 昭和 7. 平成	年月日	年月日		年月日	年月日	
個人番号									

○脱退理由 [1. 転出 2. 社会保険加入 3. 生活保護開始 4. 死亡 9. その他(退職等)]

上記のとおり脱退したいので**被保険者証**をそえてお届けいたします。

令和 年 月 日
組合員住所 〒 -
氏名 (印) TEL ()

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

誓 約 書	
被保険者証紛失のため返納できませんが資格喪失後の診療については貴組合に負担を かけないことを誓約いたします。	
令和 年 月 日	
この欄は被保険者証を紛失したため、 この届に添付できないときに限り、記入 して下さい。	組合員氏名 (印)

事業主証明欄	上記の者は令和 年 月 日付で退職したことを証明します。
	事業所所在地 〒 -
	事業所名 (法人名) TEL ()
	事業主名 (印) 事業主 記号番号 85 - .

保険料	算定基準日 令和 年 月1日	組合員区分	随時訂正年月	前年度	随時訂正金額	過誤納金返還	備考
		1. 本人					

決 裁	
常務理事	事務局長
令和 年 月 日	

検 印	給付台帳	異動整理簿	証 返 納	係 収 受
			枚	
記 事	脱			

受 付 印