協力員承認印	

組　合　員　脱　退　届

データコード	組合コード	登録区分	記　号	番　　号	特　定	班
U63	P8	2	85-			

組　合　員　氏　名	続柄	性別	生　年　月　日				資格喪失年月日			脱退理由	組合員証回収年月日			受付年月日			遡及区分(1)	取消(一)
				年	月	日	年	月	日		年	月	日	年	月	日		
	(00)本人	1. 男 2. 女	1明 5昭 3大 7平															
		1 2	1 5 3 7															
		1 2	1 5 3 7															
		1 2	1 5 3 7															
		1 2	1 5 3 7															
		1 2	1 5 3 7															
		1 2	1 5 3 7															

○脱退理由 ［ 1. 転　出　　4. 死　亡　　9. その他（退職等）］

上記のとおり脱退したいので**組合員証**をそえてお届けいたします。

平成　　年　　月　　日

組合員住所 〒　　－

氏　名　　㊞　TEL　　（　　）

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

誓　約　書

組合員証紛失のため返納できませんが今後貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。

平成　　年　　月　　日

この欄は組合員証を紛失したため、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　　㊞

ご注意

一、この届は組合員が組合をやめようとする時に提出するものです。
二、この届には必ず「組合員証」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、太線わく内諸事項について全部記入下さい。
四、不明な点がありましたら組合〇三（三八七四）七四一一までお問合わせ下さい。

事業保険料	算定基準日 平成　　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
平成　　年　　月　　日 決定	

検　印	給付台帳	異動整理簿	組合員証返納	係収受
			枚	
記事	脱			

受付印