

国民健康保険被保険者 資格喪失届

注意

一、この届は世帯人員の異動(減少)があったときに十四日以内に提出する書類です。世帯の全員がやめる場合はこの届でなく脱退届をお出し下さい。
 二、この届は世帯内の諸事項について全部記入して下さい。死亡の場合は葬祭費支給申請書とともに記載のものを添付して下さい。
 三、この届には必ず被保険者証をそえて下さい。死亡の場合は健康保険・住民票(抜けた日のわかる世帯全員と記載のもの)を添付して下さい。
 四、この届は必ず被保険者証をそえて下さい。死亡の場合は健康保険・住民票(抜けた日のわかる世帯全員と記載のもの)を添付して下さい。
 五、就職したことからにより組合を脱退する場合は健康保険・住民票(抜けた日のわかる世帯全員と記載のもの)を添付して下さい。
 六、不明な点がありましては組合へお問い合わせ下さい。

記号	番号	特定	班	資格喪失者氏名	続柄	性別	生年月日	喪失理由	転出先又は他の保険に加入の場合はその名称	資格喪失日	受付年月日	通及区分(1)	取消(-)	
85-						1.男 2.女	3.大 5.昭 7.平	年 月 日			年 月 日	年 月 日		
個人番号														
						1.男 2.女	3.大 5.昭 7.平	年 月 日			年 月 日	年 月 日		
個人番号														
						1.男 2.女	3.大 5.昭 7.平	年 月 日			年 月 日	年 月 日		
個人番号														

資格喪失理由	1. 転出	2. 社保加入	3. 生活保護開始	4. 死亡	9. その他
--------	-------	---------	-----------	-------	--------

上記のとおり資格を喪失したので**被保険者証**をそえてお届けいたします。

平成 年 月 日
 (〒 -) TEL ()

組合員住所 _____
 氏 名 _____ (印)

事業所名 _____ (印) TEL ()
 事業主名 _____

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

保険料	85-	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
	算定基準日 平成 年 月 1日	2.家族					

決 裁		検 印	異動整理簿	証回収	係收受	受 付 印
常務理事	事務局長			枚		
平成 年 月 日		記 事	喪			