

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、この届には必ず被保険者証をそえて下さい。死亡の場合は葬祭費支給申請書とともに提出して下さい。
 三、この届は世帯内の世帯員全員と記載のものを、健康保険・共済組合等の被保険者証（コピー）を証明書類として添えて下さい。
 四、住民票（省略無し）の世帯全員と記載のものを、健康保険・共済組合等の被保険者証（コピー）を証明書類として添えて下さい。
 五、不明な点がありましたら組合員（三三三）まで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	資格喪失年月日	受付年月日	滞及区分(1)	取消(-)
85-						1.男 2.女	5.昭 7.平 9.令			年 月 日	年 月 日		
個人番号(マイナンバー)													
						1.男 2.女	5.昭 7.平 9.令			年 月 日	年 月 日		
個人番号(マイナンバー)													
						1.男 2.女	5.昭 7.平 9.令			年 月 日	年 月 日		
個人番号(マイナンバー)													

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。

令和 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 令和 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		
令和 年 月 日		記 事	喪			