

# 【記入例】

【注】控えが必要な方は2部印刷されるかPDFを一度保存してから入力をお願いします。

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使用してください。  
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ら、この届に添付できなくなるときの限り、記入して下さい。)  
三、不明な点がありましたら組合へお問い合わせ下さい。  
四、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使用してください。

## 脱 退 届

脱退される方全員の氏名を記入ください。

記号	DF	特定	班	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(1)
85-12	345678		01	国保 太郎	(00)本人	男	昭和7. 平成9. 令和		1 2 3 4				
				国保 花子	長女	女	昭和5. 平成9. 令和		1 2 3 4				
				国保 一郎	長男	男	昭和5. 平成9. 令和		1 2 3 4				
						女	昭和5. 平成9. 令和		1 2 3 4 9				

脱退理由の番号にチェック願います。

○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。

この書類の作成日 令和 3 年 6 月 30 日

組合員住所 〒 111 - 0002

氏名 国保 太郎 TEL 03 ( 1234 ) 5678

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

組合員氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(自署の場合は押印を省略できます)

注意!

事業主 上記の者は令和 3 年 6 月 30 日付で退職したことを証明します。

事業所所在地 〒 140 - 0002 東京都品川区東品川1-2-3-405

こくほ薬局 TEL 03 ( 5789 ) 1234

事業主 記号番号 85 - 12 . 345678

被保険者証を紛失して返却ができない方はこちらの誓約書に記入願います。  
自署以外は押印が必要です。

押印が省略されました。

新しく加入される保険が市町村国保の場合は、喪失証明が必要になりますので【喪失証明必要】とこちらに記入してください。  
社会保険に加入される方は必要ありません。

決 裁

常務理事 \_\_\_\_\_ 事務局長 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

記事 喪失証明必要 脱