

# 国民健康保険被保険者 資格喪失届

記号	番号	特定	班						
85 -									
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	通及区分(1)	取消(-)
		1. 男 2. 女	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日	1. 2. 3. 4. 9.	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	1. 2. 3. 4. 9.	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	1. 2. 3. 4. 9.	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お届けいたします。

令和 年 月 日  
(〒 - ) TEL ( )

組合員住所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_ TEL ( )  
業 主 名 \_\_\_\_\_ 事業主  
記号番号 85 - .

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	回 収	係 収 受	受 付 印
常務理事	事務局長			資格確認書 枚 資格情報のお知らせ 枚		
令和 年 月 日		記 事	<b>喪</b>			

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、資格確認書をお持ちの方は必ずご返却ください。死亡の場合は葬祭費支給申請書として添えて下さい。他の保険を取得された場合は、新たに発行された資格確認書または資格情報のお知らせの写しを添付してください。  
三、世帯から抜けた場合は住民票(世帯から抜けた日付が確認できるもの)を証明書類として添えて下さい。  
四、太線わく内の諸事項について全部記入して下さい。不明な点がありましたら組合 〇三(三八七四)七四一までお問合わせ下さい。