

資格喪失届

記入例

被保険者証 記号番号	薬国	9	9	9	9	-	9	9	9	-	9	9	9
薬局名	国保薬局				退会・退職・異動 年月日	令和 99年 99月 99日 <small>資格喪失日は退会・退職日の翌日となります</small>							
(フリガナ)	氏名	性別	世帯主との続柄	年号	生年月日	職業	※備考						
(フリガナ)	キンヤク	ケン	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	世帯主	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	99年99月99日	<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者					
1	近薬	健											
(フリガナ)	キンヤク	ゲンキ	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	子	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	99年99月99日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input checked="" type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください (無職)	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者					
2	近薬	元気											
(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者					
3													
(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者					
4													
(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> 調剤事務 <input type="checkbox"/> その他の方は必ずご記入ください ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者					
5													

〔ご注意〕
①この届には被保険者証を必ずつけて提出して下さい。
②資格喪失事由欄には新しい被保険者証についてお書き下さい。

資格喪失 事由 (番号に○)	1. 社会保険加入 [● 転出先保険者名・保険者番号 () ● 資格取得年月日 (年 月 日) ● 保険証記号・番号 ()] 2. 死亡 [3. 市町村国保加入及びその他 [転出先市町村名 (神戸市)]] 4. 支部変更 5. 資格変更 <small>転出先の保険に○を。わからない場合は、3番(その他)に○を</small>
----------------------	---

上記のとおり資格を喪失したので被保険者証を添えてお届けします。
万が一被保険者証紛失のため返納できない場合、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 99年 99月 99日
記入された年月日

事業主組合員 住所 **大阪府 大阪府中央区○丁目○番○号** 住民票記載の住所
事業主の方がご記入ください
2種組合員(薬剤師・個人加入)の方のみ
組合員本人がご記入ください
氏名(自署) **薬国 太郎**

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

※(事務処理欄)

受付印	資格喪失 年月日	令和	年	月	日	
	収入原簿		異動整理簿			
	当	第2号被保険者	円	当	第2号被保険者	人
	月		円	月		人
	週及		円	週及		人
計		円	計		人	
過年度		円		年	月分	

決	理事	事務長	課長	主担当	副担当
裁					
令和 年 月 日					

区分	1	2	3	4	家族
等級					
賦課限度額適用	<input type="checkbox"/> 医療保険料 <input type="checkbox"/> 後期支援保険料 <input type="checkbox"/> 介護保険料				
被保険者証返納	令和 年 月 日				

被保険者証 記号番号	薬国	9	9	9	9	-	9	9	9	-	9	9	9
---------------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1. 資格を喪失したものの個人番号は次のとおりです。

	フリガナ	個人番号／マイナンバー (12桁)											
	氏名												
1	キンヤク ケン 近 薬 健	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
2	キンヤク ゲンキ 近 薬 元 気	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
3													
4													
5													

上記のとおりお届けします。

記入された年月日

令和 99年 99月 99日

組合員本人がご記入ください

組合員氏名(自署)

近 薬 健

個人番号
マイナンバー

7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様