

理事長	常務理事	事務長	事務次長	係長	係

被保険者証の番号

\_\_\_\_\_

受理年月日

\_\_\_\_\_

台帳整理	名簿整理	被証整理	保険変更通知	収入源簿理	異動簿理

## 国民健康保険被保険者 資格喪失届

注  
被保険者の資格喪失年月日はその事実の翌日を記入すること。  
被保険者証を添付して下さい。

(ふりがな) 被保険者氏名	男女別	組合員 との続柄	職種及び勤務先		生年月日	資格喪失年月日 (事実のあった日の翌日となります)	資格喪失の理由 (○でかこんで下さい)
			個人事業主・法人役員・自家従業員 一般従業員・パート・その他 (○でかこんで下さい。)	個人番号			
1 ( )	男・女	組合員			昭 平 令 年 月 日	令和 年 月 日	退職・就職・死亡 廃業・その他
2 ( )	男・女				昭 平 令 年 月 日	令和 年 月 日	上記 該当日をご記入下さい
3 ( )	男・女				昭 平 令 年 月 日	令和 年 月 日	年 月 日
4 ( )	男・女				昭 平 令 年 月 日	令和 年 月 日	資格喪失証明書 (次の健康保険に加入する為の証明書)
5 ( )	男・女				昭 平 令 年 月 日	令和 年 月 日	必要・不要
6 ( )	男・女				昭 平 令 年 月 日	令和 年 月 日	送付先 自宅・勤務先

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

\_\_\_\_\_年 月 日

組合員 住所 \_\_\_\_\_

札幌市豊平区平岸1条8丁目5-12  
北海道薬剤師国民健康保険組合理事長 様

氏名 \_\_\_\_\_

