資格喪失届

記入例　1種・2種・3種

被保険者記号番号	薬国	9	9	9	9	—	9	9	9	—	9	9	9

〔ご注意〕
①この届には被保険者証または資格確認書を必ずつけて提出してください。
②資格喪失事由欄には新しい保険についてお書き下さい。

薬局名	国保薬局	退職日等・異動日・死亡日	令和 99 年 99 月 99 日

(枝番)		氏	名	性別	世帯主との続柄	年号	生年月日	職業	※備考
0	1	キンヤク 近薬	ゲンキ 元気	☑男 □女	子	□昭和 ☑平成 □令和	99年 99月 99日	☑薬剤師 □登録販売者 □調剤事務 □その他の方は必ずご記入ください ( )	□第2号被保険者
				□男 □女		□昭和 □平成 □令和	年 月 日	□薬剤師 □登録販売者 □調剤事務 □その他の方は必ずご記入ください ( )	□第2号被保険者
		(フリガナ)		□男 □女		□昭和 □平成 □令和	年 月 日	□薬剤師 □登録販売者 □その他の方 (	□第2号被保険者
				□男 □女		□昭和 □平成 □令和	年 月 日	□薬剤師 □登録販売者 □その他の方 (	
				□男 □女		□昭和 □平成 □令和	年 月 日	□薬剤師 □登録販売者 □その他の方は必ずご記入ください ( )	

こちらには退職日・異動等最終日をご記入ください。（資格喪失日は記入された日の翌日となります）。

転出先の保険に〇を、わからない場合は「3」のその他に〇をお願いします。

資格喪失事由（番号に〇）		
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(〇〇市)]
4. 支部変更	5. 資格変更	

上記のとおり資格を喪失したので被保険者証または資格確認書を添えてお届けします。
万が一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

住民票記載の住所

事業主組合員　　住所　大阪府大阪市中央区〇丁目〇番〇号

氏名（自署）　薬国 太郎

事業主の方がご記入ください。２種組合員②（薬剤師の個人加入）の方のみ組合員本人がご記入ください。

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	
	当月	第2号被保険者 円	当月	第2号被保険者 人
		円		人
	遡及	円	遡及	人
	計	円	計	人
	過年度	円	年 月分	

決裁	理事	事務長	課長	主担当	副担当
令和　年　月　日					

□ 入力済

区分	1 2 3 4 家族
等級	
賦課限度額適用	□医療保険料 □後期支援保険料 □介護保険料
返納	令和　年　月　日

資格喪失届（別紙）

記　入　例

被保険者記号番号	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。

（枝番）		フリガナ 氏名	個人番号／マイナンバー（12桁）											
0	1	キンヤク　ゲンキ 近薬　元気	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8

上記のとおりお届けします。

組合員ご本人のお名前をご記入ください。

令和　99　年　99　月　99　日

記入された年月日

組合員氏名（自署）　近　薬　元　気

個人番号 マイナンバー	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長　様