

資格喪失届

記入例 (家族)

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							
02	国保 美子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input 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 <input checked="" type="checkbox"/> その他の方は必ず (無職)	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者 務 入 く だ さ い							
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住民票記載の続柄	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <input type="checkbox"/> その他の方 ()	<input type="checkbox"/> 第2号被保険者 務 入 く だ さ い							
	(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"/> その他の方 ()	転出先保険の資格取得日の 前日をご記入ください。							
	(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							
	(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							
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(○○○健康保険組合 ・ 999999)] 2. 死亡 [●資格取得年月日(99 年 99 月 99 日) ●保険記号・番号(○○○○・○○○)] 3. 市町村国保加入及びその他 [・転出先市町村名()] 4. 支部変更 5. 資格変更													

転出先の保険に○を、つけてください。
転出先の資格取得日が、当国保組合の資格喪失日となります。

住民票記載の続柄

転出先保険の資格取得日の
前日をご記入ください。

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る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 大阪府大阪市中心区○丁目○番○号

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。

※(事務処理欄)

受付印	資格喪失日	令和 年 月 日		
	収入原簿		異動整理簿	
	当	円	当	人
	月	円	月	人
	遡及	円	遡及	人
	計	円	計	人
過年度	円	年 月 分		

決 裁	理事	室長	班長	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	<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				
返納	令和 年 月 日				

資格喪失届 (別紙)

記入例

被 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	2	コクホ ヨシコ 国保美子	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5

上記のとおりお届けします。

令和 99 年 99 月 99 日

記入された年月日

組合員ご本人のお名前をご記入ください。
家族加入の場合も組合員ご本人のお名前を
ご記入ください。

組合員氏名 (自署)

国保健

個人番号
マイナンバー

2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様