

# 脱 退 届

記 号	番 号	特 定	班						
85 -			01						
被 保 険 者 氏 名	続 柄	性 別	生 年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	脱 退 理 由	被 保 険 者 証 回 収 年 月 日	受 付 年 月 日	週 及 区 分 (1)	取 消 (一)
	(00) 本人	1. 男 2. 女	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	年 月 日	1 2 3 4 9	年 月 日	年 月 日	
個人番号									
		1. 男 2. 女	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	年 月 日	1 2 3 4 9	年 月 日	年 月 日	
個人番号									
		1. 男 2. 女	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	年 月 日	1 2 3 4 9	年 月 日	年 月 日	
個人番号									
		1. 男 2. 女	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	年 月 日	1 2 3 4 9	年 月 日	年 月 日	
個人番号									

○脱退理由 [ 1. 転出 2. 社会保険加入 3. 生活保護開始 4. 死亡 9. その他(退職等) ]

上記のとおり脱退したいので**被保険者証**をそえてお届けいたします。

令和 年 月 日

組合員住所 〒 -

氏名

TEL ( )

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

## 誓 約 書

被保険者証紛失のため返納できませんが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 年 月 日

この欄は被保険者証を紛失したため、  
この届に添付できないときに限り、記入  
して下さい。

組合員氏名 (印)

(自署の場合は押印を省略できます)

事業主  
証明欄

上記の者は令和 年 月 日付で退職したことを証明します。

事業所所在地 〒 -

事業所名 (法人名)

TEL ( )

事業主名

事業主  
記号番号 85 - .

保 険 料	算 定 基 準 日	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
	令和 年 月 1日	1. 本人					

## 決 裁

常 務 理 事	事 務 局 長
令和 年 月 日	

検 印	給 付 台 帳	異 動 整 理 簿	証 返 納	係 収 受
			枚	
記 事	脱			

受 付 印

〔注意〕

一、この届は世帯の全員が組合をやめようとする時に提出するものではありません。世帯の一部の異動(減少)の場合にはこの用紙ではなく資格喪失届の用紙をおつかい下さい。  
二、この届には必ず「被保険者証」をそえて下さい。証を紛失その他の理由で添付できないときは「健康保険・厚生年金保険資格喪失確認通知書」(写)もしくは「健康保険・厚生年金保険資格喪失確認通知書」(写)を添付して下さい。  
三、法人事業所の場合は「年金事務所の受付印のある「資格喪失届」(写)もしくは「健康保険・厚生年金保険資格喪失確認通知書」(写)を添付して下さい。  
四、不該当のお知らせ(写)を添付して下さい。  
五、太線わく内諸事項について全部ご記入下さい。  
六、ご不明な点がありましたら組合へお問い合わせ下さい。  
七、〇三(三八七四)七四一までお問い合わせ下さい。