

【記入例】

【注】入力される際はPDFを一度保存してからご利用ください。

国民健康保険被保険者 資格喪失届

注意

一、この届は世帯人員の異動（減少）があったときに十四日以内に提出する書類です。世帯の全員がや  
二、この届は世帯内の被保険者について全部記入して下さい。死亡の場合は葬祭費支給申請書とともに  
三、この届は世帯内の被保険者について全部記入して下さい。死亡の場合は葬祭費支給申請書とともに  
四、健康保険・共済組合等の被保険者証をすべて下取りして下さい。死亡の場合は葬祭費支給申請書とともに  
五、不明な点がありましたら組合（コピー）（七四一）までお問い合わせ下さい。

記号	番号	特定	班	保険証の記号番号を入力してください。																	
85	99																				
資格喪失者氏名	続柄	性別	生年月日	喪失理由	転出先又は他の保険に加入の場合その名称	資格喪失年月日	受付年月日	遷及区分(1)	取消(-)												
国保 一郎	子	男	15 6 3	1. 2. 3. 4. 9.	全国健康保険協会																
個人番号 (マイナンバー)	4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5	新しく加入した保険者名を記入してください。																			
組合員との続柄を記入【例】子・父・母・夫・妻・祖母 等												喪失の理由を確認後、該当の番号にチェックをお願いします。									
資格喪失理由												1. 転出 2. 社保加入 3. 生活保護開始 4. 死亡 9. その他									

上記のとおり資格を喪失したので被保険者証をそえてお届けいたします。

令和 3 年 6 月 30 日 (〒 111 - 0002 ) TEL 03 ( 3874 ) 7411

組合員住所 東京都台東区入谷1-2-3 ロイヤルハイツ405

氏名 国保 太郎

事業所名 国保薬局 TEL 03 ( 5789 ) 1234

業主名 都薬 一郎 事業主記号番号 85 - 99 ・ 123000

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

押印は廃止しました。

保険料	85- 算定基準日 令和 年 月 1日	組合員区分 2.家族	随時訂正年月	前年度	随時訂正金額	過誤納金返還	備考
-----	---------------------------	---------------	--------	-----	--------	--------	----

決 裁	
常務理事	事務局長
令和 年 月 日	

検 印	
記 事	喪失証明必要 喪

新しく加入する保険が市町村国保の方はこちらに【喪失証明必要】とご記入ください。社会保険に加入の方は必要ありません。