

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。世帯の全員がやめる場合はこの届でなく脱退届をお出し下さい。
二、この届は世帯内の世帯員(被保険者)の届は必ず世帯員(被保険者)の届をそえてお出し下さい。
三、健康保険・共済組合等の被保険者証をそえて下さい。死亡の場合は葬祭費支給申請書とともに提出して下さい。
四、不明な点がありましたら組合(三三三三七四)七四一までお問い合わせ下さい。
五、この届は世帯員(被保険者)の届をそえてお出し下さい。

記号	番号	特定	班	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はその名称	資格喪失日 年 月 日	受付年月日 年 月 日	通及区分(1)	取消(-)
85 -						1. 男 2. 女	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日	1. 2. 3. 4. 9.	年 月 日	年 月 日		
個人番号(マイナンバー)													
個人番号(マイナンバー)													
個人番号(マイナンバー)													

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 年 月 日

(〒 -)

TEL ()

組合員住所

氏名

事業所名

業主名

TEL ()

事業主
記号番号

85 - .

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

保険料	85-	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
算定基準日 令和 年 月 1日		2.家族					

決 裁		検 印	異動整理簿	証回収	係收受	受 付 印
常務理事	事務局長			枚		
令和 年 月 日		記 事	喪			