

国民健康保険被保険者資格喪失届

2020.12

薬局名		薬局 〒 TEL() -			
薬局		住所			
1種組合員の被保険者証番号		今回喪失される方の資格喪失年月日		令和 年 月 日	
喪失者氏名		続柄	従業員の種別	生年月日	資格喪失理由
1	個人番号		薬剤師 非薬剤師 扶養家族	昭和 平成 令和	
2	個人番号		薬剤師 非薬剤師 扶養家族	昭和 平成 令和	
3	個人番号		薬剤師 非薬剤師 扶養家族	昭和 平成 令和	
4	個人番号		薬剤師 非薬剤師 扶養家族	昭和 平成 令和	
5	個人番号		薬剤師 非薬剤師 扶養家族	昭和 平成 令和	
6	個人番号		薬剤師 非薬剤師 扶養家族	昭和 平成 令和	
7	個人番号		薬剤師 非薬剤師 扶養家族	昭和 平成 令和	
8	個人番号		薬剤師 非薬剤師 扶養家族	昭和 平成 令和	
資格喪失理由欄に次の該当する番号を記入してください。その他は()に理由をご記入ください。		1. 市町村国保加入 2. 社会保険加入 3. 生活保護開始 4. 死亡 5. その他()			
資格喪失証明証が必要な場合は、送付先をご記入ください。		送付先 〒 - 不必要・必要			
<p>上記のとおり被保険者証を添えて届けます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日提出</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p style="text-align: center;">自宅住所</p> <p style="text-align: center;">1種組合員 TEL() -</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿</p>					

注意事項

- ☆ 資格喪失年月日欄は事実が発生した日(退職日等)の翌日の日付をご記入ください。
- ☆ 従業員の喪失の場合は種別(薬剤師か非薬剤師)の欄を必ずご記入ください。
- ☆ 資格喪失理由は必ずご記入ください。
- ☆ 喪失される方の「被保険者証」を必ず添付してください。
- ☆ 1ヶ月以上遡って喪失される場合は、新しく加入された「被保険者証」の写しを添付してください。
- ☆ 3ヶ月以上遡って喪失される場合は、遅延理由書をご提出ください。

(記入例) 国民健康保険被保険者資格喪失届

2020.12

薬局名 加入していた薬局名 薬局		薬局 〒 TEL() - 住所 加入していた薬局住所、電話番号			
1種組合員の被保険者証番号		今回喪失される方の資格喪失年月日 令和 3年 3月 1日			
喪失者氏名		続柄	従業員の種別	生年月日	資格喪失理由
1 喪失する方の氏名		本人 又は 家族	薬剤師 非薬剤師 扶養家族	昭和 平成 令和	
個人番号 1234 5678 9123					
2 個人番号				昭和 平成 令和	
3 個人番号				昭和 平成 令和	
4 個人番号				昭和 平成 令和	
5 個人番号				昭和 平成 令和	
6 個人番号				昭和 平成 令和	
7 個人番号				昭和 平成 令和	
8 個人番号		昭和 平成 令和			
資格喪失理由欄に次の該当する番号を記入してください。その他は()に理由をご記入ください。		1. 市町村国保加入 2. 社会保険加入 3. 生活保護開始 4. 死亡 5. その他(退職 2/28)			
資格喪失証明証が必要な場合は、送付先をご記入ください。		不必要 必要 送付先 〒 - 送付先をご記入ください。			
上記のとおり被保険者証を添えて届けます。					
令和 年 月 日提出		〒			
1種組合員 自宅住所		1種組合員様の自宅住所、氏名、電話番号をご記入ください			
氏名		TEL() -			
福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿					

注意事項

- ☆ 資格喪失年月日欄は事実が発生した日(退職日等)の翌日の日付をご記入ください。
- ☆ 従業員の喪失の場合は種別(薬剤師か非薬剤師)の欄を必ずご記入ください。
- ☆ 資格喪失理由は必ずご記入ください。
- ☆ 喪失される方の「被保険者証」を必ず添付してください。
- ☆ 1ヶ月以上遡って喪失される場合は、新しく加入された「被保険者証」の写しを添付してください。
- ☆ 3ヶ月以上遡って喪失される場合は、遅延理由書をご提出ください。