

【記入例】

国民健康保険被保険者資格喪失届

2026.1.1

1種組合員 被保険者証番号		薬局 〒 —		住所 加入していた薬局住所、電話番号			
薬局名 加入していた薬局名		薬局 調剤薬局		TEL() —		資格喪失年月日 令和 7 年 11 月 1 日	
1	(フリガナ) ハカタ ジロウ	生年月日	年齢	性別	種別	組合員との続柄	喪失理由
	氏名 博多 二郎	S H R 50・1・1	47	男 ・ 女	1種組合員 薬剤師 非薬剤師 扶養家族	1種の夫	2
個人番号		資格喪失証明書が必要な場合は、送付先をご記入ください。 不要 <input checked="" type="radio"/> 必要 〒 819-0000 福岡市博多区住吉00000000					
2	(フリガナ) フクオカ ミツコ	生年月日	年齢	性別	種別	組合員との続柄	喪失理由
	氏名 福岡 光子	S H R 1・3・1	33	男 ・ 女	1種組合員 薬剤師 非薬剤師 扶養家族	本人	5
個人番号		資格喪失証明書が必要な場合は、送付先をご記入ください。 <input checked="" type="radio"/> 不要 必要 〒 —					
3	(フリガナ) フクオカ ハナコ	生年月日	年齢	性別	種別	組合員との続柄	喪失理由
	氏名 福岡 花子	S H R 1・12・1	3	男 ・ 女	1種組合員 薬剤師 非薬剤師 扶養家族	従の子	5
個人番号		資格喪失証明書が必要な場合は、送付先をご記入ください。 <input checked="" type="radio"/> 不要 必要 〒 —					
4	(フリガナ)	生年月日	年齢	性別	種別	組合員との続柄	喪失理由
	氏名	S H R		男	1種組合員		
個人番号		資格喪失証明書が必要な場合は、送付先をご記入ください。 不要 <input type="radio"/> 必要 〒 —					
資格喪失理由番号を選び記入		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10/31)					
上記のとおり資格確認書を添えて申請致します。 令和 年 月 日提出				<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 1種組合員氏名（薬局代表者名）を ご記入ください。 </div>			
1種組合員氏名 _____							
福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様							

資格喪失日について
退職の場合、退職日の次の日が喪失日です。
社保加入の場合、社保加入日＝喪失日です。

(注意)

- 1) 喪失証明書が必要な方は、送付先を必ずご記入ください。
- 2) 喪失される方の「資格確認書」を必ず添付してください。資格情報のお知らせは回収不要です。資格確認書を回収できない場合は、資格確認書回収不能届を提出してください。
- 3) 3カ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。