

理事長	常務理事	事務長	係		年 月 日 年 月 日	起案 決裁
国民健康保険被保険者等資格喪失届(事業主組合員用)						
被保険者記号番号		資格喪失年月日		令和 年 月 日		
喪失事由	42. 社保加入 44. 死亡 49. その他1 50. 月報外 51. 後期高齢者制度加入 (年齢) 52. 後期高齢者制度加入 (障害) 53. 月中国保加入					等級
事業主組合員	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日		性 別	組合員 との続柄	喪失理由 該当箇所に☑を記入
		昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女	本人	<input type="checkbox"/> 薬局を廃業 (廃業日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 静岡県薬剤師会を退会 (退会日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 他保険加入 <input type="checkbox"/> その他
	個人番号(マイナンバー) (12ケタ)					
家 族 欄	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日		性 別	組合員 との続柄	喪失理由 該当箇所に☑を記入
		昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女		<input type="checkbox"/> 組合員の喪失 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> その他
	個人番号(マイナンバー) (12ケタ)					
	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日		性 別	組合員 との続柄	喪失理由 該当箇所に☑を記入
		昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女		<input type="checkbox"/> 組合員の喪失 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> その他
	個人番号(マイナンバー) (12ケタ)					
(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日		性 別	組合員 との続柄	喪失理由 該当箇所に☑を記入	
	昭和 平成 令和	年 月 日	男 ・ 女		<input type="checkbox"/> 組合員の喪失 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> その他	
個人番号(マイナンバー) (12ケタ)						
薬局名称						
薬局住所	〒					
TEL/FAX	- - - -					
事業形態 該当の方に○をしてください	個人・法人	法人の場合は法人事業所名称及び法人代表取締役を記入				
事業主組合員住所 (住民票記載の住所)	〒					
自宅電話番号(携帯可)	- -					
上記のとおり届けます。						
令和 年 月 日 (提出日)						
事業主組合員氏名 _____						
静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 様						

※太枠の該当する箇所のみに記入ください。

記入方法や添付書類については、裏面をご参照ください。

回収日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

M統	適除	保台	連台	異動	入力	調定

国民健康保険被保険者等資格喪失届(事業主組合員用)

事業主または事業主組合員の家族が静岡県薬剤師国保組合を喪失する際は、資格喪失届と組合員脱退申請書と添付書類を提出してください。

《ご注意！》

喪失される組合員及びその家族の方の資格喪失日は脱退日の翌日となり、資格喪失日より静岡県薬剤師国保組合の健康保険は利用できませんのでご注意下さい。

記入方法 ※太枠のみご記入ください

○事業主組合員欄 ※家族のみの申請をするときは記入不要。

氏名、フリガナ、生年月日、性別、喪失理由は該当箇所に☑を記入。

- ・薬局を廃業した場合は、廃業した日を記入。
- ・静岡県薬剤師会を退会した場合は、退会した日を記入。

○家族欄

氏名、フリガナ、生年月日、性別、続柄（事業主組合員からみた続柄）、喪失理由は該当箇所に☑を記入。

○事業所の欄

薬局の名称、住所、TEL/FAXを記入。（家族の方が喪失する場合は、事業主組合員の薬局名を記入。）

事業形態どちらかに○をしてください。

法人の場合は登記簿上の法人名称及び法人代表取締役を記入。

○事業主組合員の自宅の欄

事業主組合員の自宅住所（住民票記載の住所）、自宅電話番号（携帯電話可）を記入。

○申請者の欄

提出日、事業主組合員の氏名を必ず記入してください。

添付書類

【事業主組合員及びその家族が資格喪失するとき】（喪失者全員分）

- ①国民健康保険被保険者証（70歳以上の方は国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証）
※「資格確認書」又は「資格情報のお知らせ」を交付された方は、そちらを返還してください
- ②限度額適用認定証（薬剤師国保組合に申請し発行された方）

【家族が資格喪失するとき】（喪失者全員分）

- ①国民健康保険被保険者証（70歳以上の方は国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証）
※「資格確認書」又は「資格情報のお知らせ」を交付された方は、そちらを返還してください
- ②限度額適用認定証（薬剤師国保組合に申請し発行された方）
- ③新たに加入した健康保険の加入日がわかる書類の写し（例：資格確認書、資格情報のお知らせ など）