

組合員脱退申請書

脱退する組合員 住 所

氏 名

上記の者は、令和 年 月 日をもって静岡県薬剤師国民健康保険組合を脱退いたします。

脱退理由を詳細にご記入下さい。

令和 年 月 日（提出日）

住 所

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