

事務処理欄	組 合 本 部			支 部	
	常務理事	事務局長	取 扱 者	支 部 長	支部担当者

現保険者等の記号番号 岡 303 — —

記入必須箇所: ■組合員の喪失の場合は、①②③⑤⑥⑦⑧ ※家族同時喪失する場合は④も記入
 ■家族のみ喪失の場合は、①②④⑤⑦⑧

中四国薬剤師国民健康保険組合 資格喪失届

① 資格喪失年月日	令和 年 月 日						
② 喪失区分	全部 ・ 一部						
③ 組合員	フリガナ	性別	組合員との続柄	生年月日	職業 薬剤師・事務・他	⑤ 資格喪失事由	
	喪失者氏名						
④ 家族	フリガナ	男・女	本人	昭和 平成 令和	年 月 日	職業	1 退職 月 日
	フリガナ						
	フリガナ	男・女		昭和 平成 令和	年 月 日	職業	2 社保加入 月 日加入
	フリガナ						
	フリガナ	男・女		昭和 平成 令和	年 月 日	職業	3 国保加入 月 日加入
フリガナ							
フリガナ	男・女		昭和 平成 令和	年 月 日	職業	4 後期高齢 広域連合加入	
フリガナ							
⑥ 事業所	事業所所在地					6 その他	
	事業所名						
⑦ 資格喪失 証明書の発行	1. 希望する (<input type="checkbox"/> 自宅宛 ・ <input type="checkbox"/> ⑥事業所宛) 2. 希望しない						
	<input type="checkbox"/> ※上記(自宅・事業所)以外へ送付を希望される場合は宛先をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 〒						
⑧ 組合員記入欄	(中四薬剤国保 被保険者証記号番号 岡303 — — へ変更)						
	上記のとおり届けます。						
	〒 令和 年 月 日						
	住所						
	フリガナ						
組合員氏名							
電話番号							
中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿							
薬剤師国保 記入欄	※ 賦課区分 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4						
	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保険者証		返却日 令和 年 月 日				