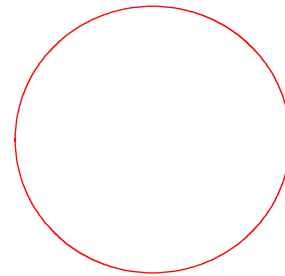


神奈川県薬剤師国民健康保険組合

被保険者資格喪失届



※太線の中を記入してください。

被保険者証の記号・番号		3 4 -					
被保険者氏名 個人番号(マイナンバー)		組合員 との続柄	生年月日			資格喪失年月日	喪失 コード
1			昭和 平成 令和	年	月	日	年 月 日
2			昭和 平成 令和	年	月	日	年 月 日
3			昭和 平成 令和	年	月	日	年 月 日
4			昭和 平成 令和	年	月	日	年 月 日
5			昭和 平成 令和	年	月	日	年 月 日
退職年月日(組合員のみ)		令和 年 月 日					
資格喪失証明書(必要・不要)		送付先	1 事業所宛(本店・支店 店) 2 自宅宛				
<p>上記のとおり届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>神奈川県薬剤師国民健康保険組合理事長 様</p> <p>〒 -</p> <p>住所</p> <p>組合員 氏名</p> <p>電話 自宅 () 携帯 ()</p>							

(特 定 ・ 一 般)

(被保険者証回収年月日：令和 年 月 日)

決 裁	理事長	常務理事	事務長	主 幹	担 当