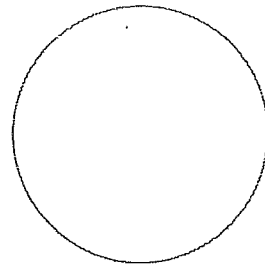


記入例  
(家族用)

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		34 - XXXXXXXXX					
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	国保 一郎 △△△△△□□□□□□□□□□	3	昭和 平成	年 00	月 △	日 □	年 月 日
2			昭和 平成	年	月	日	年 月 日
3			昭和 平成	年	月	日	年 月 日
4			昭和 平成	年	月	日	年 月 日
5			昭和 平成	年	月	日	年 月 日
退職年月日(組合員のみ)		記入不要です 平成 年 月 日					
資格喪失証明書 ( 必要 ・ <input checked="" type="radio"/> 不要 )		送付先	1 事業所宛(本店・支店) 店 2 自宅宛				
上記のとおり届出します。		すでに次の保険に加入されている場合は不要です。					
令和 ○年 ○月 ○日		神奈川県薬剤師国民健康保険組合理事長 様					
住所		〒235-0000 横浜市磯子区○○町△番□号					
組合員 氏名		国保太郎		電話		自宅 ○○○(△△△)□□□□ 携帯 △△△(□□□□)○○○○	

必要書類

(被保険者証回収年月日:平成 年 月 日)

同封の用紙の他に

- 1 保険証
- 2 特定健康診査受診券(40歳~74歳で未受診の方)
- 3 下記に該当する場合
  - \* 他保険に加入したとき
    - ...その保険証のコピー
  - \* 転出または死亡したとき
    - ...住民票(抜けた日が載っているもの)
  - \* 薬剤師国保の高齢受給者証をお持ちの方
    - ...高齢受給者証
  - \* 限度額適用認定証をお持ちの方
    - ...限度額適用認定証

を添付の上、速やかに組合宛送付して下さい。

**注意** 現在医療機関にかかっている方は、次回受診の際、保険が変わったことを必ず伝えてください。