

理事長	常務理事	事務長	事務次長	係長	係

組合員の番号

処理年月日

台帳整理	名簿整理	証整理	保険料	変更通知	収入原簿	整理	異動簿	整理

後期高齢者組合員 資格喪失届

注 資格喪失年月日はその事実の翌日を記入すること。
組合員は組合員証、家族は被保険者証を添付して下さい。

(ふりがな) 氏名	男女別	組合員との続柄	職種及び勤務先	生年月日	資格喪失年月日	資格喪失の理由 (○で囲んで下さい)
			個人事業主・法人役員・自家従業員 一般従業員・パート・その他 (○でかこんで下さい)			
1 ()	男・女	組合員		大 昭 年 月 日 平成 年 月 日	平成 年 月 日	死亡・廃業・その他
2 ()	男・女			大 昭 年 月 日 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
3 ()	男・女			大 昭 年 月 日 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
4 ()	男・女			大 昭 年 月 日 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
5 ()	男・女			大 昭 年 月 日 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
6 ()	男・女			大 昭 年 月 日 平成 年 月 日	平成 年 月 日	

上記のとおり証を添えて届けます。

平成 年 月 日

組合員 住所

札幌市豊平区平岸1条8丁目5-12
北海道薬剤師国民健康保険組合理事長 様

氏名

