理事長	常務理事	事務長	事務次長	係長	係

被保険者証の番号	受理年月日

台帳整理	名簿整理	被保険者証整理	保険料変更通知	収入源整理	異動整理

国民健康保険被保険者資格喪失届

注
資格喪失年月日はその事実の翌日を記入すること。
被保険者の資格喪失届の際は必ず被保険者証を添付して下さい。

（ふりがな） 被保険者氏名	男女別	組合員との続柄	職種及び勤務先 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 （〇でかこんで下さい。）	生年月日	資格喪失年月日 （事実のあった日の翌日となります）	資格喪失の理由 （〇でかこんで下さい）
1（　　）	男・女		個人番号	昭・平　年　月　日	平成　年　月　日	退職・就職・死亡 廃業・その他 上記　該当日をご記入下さい 年　月　日
2（　　）	男・女		個人番号	昭・平　年　月　日	平成　年　月　日	
3（　　）	男・女		個人番号	昭・平　年　月　日	平成　年　月　日	
4（　　）	男・女		個人番号	昭・平　年　月　日	平成　年　月　日	資格喪失証明書 （次の健康保険に加入する為の証明書） 必要・不要 送付先 自宅・勤務先
5（　　）	男・女		個人番号	昭・平　年　月　日	平成　年　月　日	
6（　　）	男・女		個人番号	昭・平　年　月　日	平成　年　月　日	

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

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　　㊞