

理事長	常務理事	事務長	係

長崎県薬剤師国民健康保険組合 被保険者 資格喪失届			
被保険者 記号番号	崎薬一	資格喪失年月日 (※1)	令和 年 月 日
事業所	所在地 〒 名称  (TEL - - )		

(※1)退職日などの事実が発生した日の「翌日」(月末退職の場合は、翌月1日)、  
社会保険加入の場合は、その加入日となります。

● 資格喪失者欄

氏名	続柄	資格喪失の事由(いずれかに○)
1		1. 社会保険加入 2. 市町国保加入 3. 後期高齢者医療加入 4. 死亡 5. その他  ● 資格喪失証明書の交付希望 (いずれかに○)  ・有 { 希望送付先 1. 当該者自宅宛て 2. 事業所宛て 3. その他( )  ・無
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
住所 〒  組合員氏名 (一般組合員または従業員組合員)		

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

一般組合員(事業主)氏名

---

長崎県薬剤師国民健康保険組合 理事長 様

【注】資格確認書をお持ちの方は添付してください。