

				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 ※事由発生の翌日	令和	年	月	日	
事業所	所在地 〒 名称 (TEL - -)						

●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
2			
3			
4			
5			※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
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。