

～資格喪失届記入例～

組合員脱退

随時測定額

支部名

証番号

国民健康保険被保険者資格喪失届

組合受付印

理事長	副理事長	常務理事	事務長	確認	担	※	支部長

※資格喪失理由（理由欄へ番号記入）

①転出 ②社保加入 ③生保加入 ④死亡 ⑤公営国保加入 ⑥廃業 ⑦退職 ⑧組合員の変更

① 資格喪失者情報記入欄

氏名(漢字)	氏名(カナ)	性別	生年月日	続柄	個人番号	国保組合資格喪失年月日	理由欄(※)
兵薬 太郎	ヒョウヤク タロウ	男・女	平成 40年 10月 10日	本人	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	平成 28年 1月 1日	7
兵薬 花子	ヒョウヤク ハナコ	男・女	平成 40年 12月 12日	妻	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	平成 28年 1月 1日	5
		男・女	昭・平 年 月 日			平成 年 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日			平成 年 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日			平成 年 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日			平成 年 月 日	

② 世帯情報記入欄

住所 〒 650 - 0011 兵庫県神戸市中央区下山手通5丁目5番8号

電話番号 (078) 366 - 1711

③ 薬局名 ○○○ 薬局

電話番号 (078) 382 - 0064

★被保険者証を御返却下さい★
“資格喪失届”と“被保険者証”が揃ってからのお手続きとなります。

④ 組合加入条件について

薬剤師は薬務(薬事)に従事する、兵庫県会の会員であること。
新規法人薬局(事業所)の加入は、平成9年10月末日をもって不承認となっておりますので、ご了承下さい。

上記のとおり申請致します

平成 28年 1月 1日

組合員氏名 兵薬 太郎 印

組合員の個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

兵庫県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

組合備考欄

— 記 入 箇 所 —

① 資格喪失者情報記入欄

- ▶ 今回脱退される方全員の情報を記入
 - ◆資格喪失年月日
 - 退職の場合・・・退職日の翌日
 - 社保等他保険加入の場合・・・新しい健康保険加入日と同一日
- ▶ 理由については、欄上部の【※資格喪失理由】より選んで番号を記入

② 世帯情報記入欄

- ▶ 「住所」は住民票と同じ住所を記入

③ 薬局名・電話番号

- ▶ 資格を喪失される組合員の勤務先及び電話番号を記入

④ 日付・組合員氏名・捺印・組合員の個人番号

- ▶ 日付は、資格喪失年月日と同一日

※ 兵庫県薬剤師国保組合支部長の御印鑑を必ずいただいて下さい ※
(支部長印が無い場合はお手続きが出来ません)

★ 資格喪失届提出の際は、被保険者証を御返却下さい ★
(被保険者証返却後のお手続きとなります)

～資格喪失届記入例（家族のみ脱退の場合）～

家族のみ脱退

国民健康保険被保険者資格喪失届

理事長 副理事長 常務理事 事務局長 確認担 支部長

臨時測定額
支部名
証番号

組合受印

※資格喪失理由（理由欄へ番号記入）
①転出 ②社保加入 ③生保加入 ④死亡 ⑤公営国保加入 ⑥廃業 ⑦退職 ⑧組合員の変更

・資格喪失者情報記入欄

氏名(漢字)	氏名(カナ)	性別	生年月日	続柄	個人番号	国保組合資格喪失年月日	理由欄(※)
兵葉 花子	ヒョウヤク ハナコ	男・女	平成40年12月12日	妻	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	平成28年1月1日	5
		男・女	昭・平 年 月 日			平成 年 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日			平成 年 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日			平成 年 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日			平成 年 月 日	
		男・女	昭・平 年 月 日			平成 年 月 日	

・世帯情報記入欄

住所 〒 - 電話番号 () -

② 薬局名 ○○○薬局 電話番号 (078)382-0064

★被保険者証を御返却下さい★
“資格喪失届”と“被保険者証”が揃ってからのお手続きとなります。

③ 組合加入条件について
薬剤師は薬務(薬事)に従事する、兵庫師会の会員であること。
新規法人薬局(事業所)の加入は、平成9年10月末日をもって不承認となっておりますので、ご了承下さい。

上記のとおり申請致します。

平成28年1月1日

組合員氏名 兵葉 太郎 印

組合員の個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

兵庫県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

組合備考欄

－ 記 入 箇 所 －

① 資格喪失者情報記入欄

- ▶ 今回脱退される方全員の情報を記入
 - ◆資格喪失年月日
社保等他保険加入の場合・・・新しい健康保険加入日と同一日
- ▶ 理由については、欄上部の【※資格喪失理由】より選んで番号を記入

② 薬局名・電話番号

- ▶ 組合員の勤務先及び電話番号を記入

③ 日付・組合員氏名・捺印・組合員の個人番号

- ▶ 日付は、資格喪失年月日と同一日
- ▶ 脱退される家族ではなく、組合員の氏名、個人番号を記入し捺印

※ 兵庫県薬剤師国保組合支部長の御印鑑を必ずいただいて下さい ※
(支部長印が無い場合はお手続きが出来ません)

★ 資格喪失届提出の際は、被保険者証を御返却下さい ★
(被保険者証返却後のお手続きとなります)