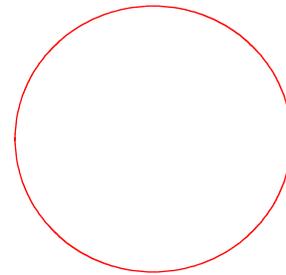


神奈川県薬剤師国民健康保険組合

被保険者資格喪失届



※太線の中を記入してください。

被保険者の記号・番号		34-								
被保険者氏名 個人番号(マイナンバー)		組合員 との続柄	生年月日			資格喪失年月日	喪失 コード			
1			昭和	年	月	日	年	月	日	
			平成	年	月	日				
2			昭和	年	月	日	年	月	日	
			平成	年	月	日				
3			昭和	年	月	日	年	月	日	
			平成	年	月	日				
4			昭和	年	月	日	年	月	日	
			平成	年	月	日				
5			昭和	年	月	日	年	月	日	
			平成	年	月	日				
退職年月日(組合員のみ)		令和 年 月 日								
資格喪失証明書(必要・不要)		送付先	1 事業所宛(本店・支店 店) 2 自宅宛							
上記のとおり届出します。 令和 年 月 日 神奈川県薬剤師国民健康保険組合理事長 様 〒 住所 組合員 氏名 電話 自宅 () 携帯 ()										

(特 定 ・ 一 般)

被保険者証・資格確認書 (回収年月日: 令和 年 月 日)

決 裁	理事長	常務理事	事務長	主 幹	担 当