

| | | | | | |
|-------|---------|------|-------|-------|-------|
| 事務処理欄 | 組 合 本 部 | | | 支 部 | |
| | 常務理事 | 事務局長 | 取 扱 者 | 支 部 長 | 支部担当者 |
| | | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------------------------|------|----------------|---------|------|-------|-------------|---|
| 中四国薬剤師国民健康保険組合 資格喪失届 | | | | | | | |
| 被保険者証の記号番号 | | 岡 303 — — | | | | | |
| 資格喪失年月日 | | 平成 年 月 日 | | | | | |
| 喪失区分 | | 全部・一部 | | | | | |
| 薬剤師国保記入欄 | | ※ 賦課区分 1・2・3・4 | | | | | |
| フリガナ | | 性別 | 組合員との続柄 | 生年月日 | | 職業 薬剤師・事務・他 | 喪失理由 |
| 喪失者氏名 | | | | | | | |
| 1 | フリガナ | 男・女 | | 昭・平 | 年 月 日 | 職業 | ① 社保加入 月 日加入 ② 国保加入 月 日加入 ③ 後期高齢 広域連合加入 ④ 死亡 月 日 ⑤ その他 () |
| | | | | | | | |
| 2 | フリガナ | 男・女 | | 昭・平 | 年 月 日 | 職業 | |
| | | | | | | | |
| 3 | フリガナ | 男・女 | | 昭・平 | 年 月 日 | 職業 | |
| | | | | | | | |
| 4 | フリガナ | 男・女 | | 昭・平 | 年 月 日 | 職業 | |
| | | | | | | | |
| 5 | フリガナ | 男・女 | | 昭・平 | 年 月 日 | 職業 | |
| | | | | | | | |
| 勤務先所在地 | | | | | | | |
| 勤務先薬局名 | | | | | | | |
| (中四薬剤国保 被保険者証記号番号 岡303 — — へ変更) | | | | | | | |
| 上記のとおり届けます。 | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | |
| 組合員氏名 | | ⑩ | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | |
| 中四国薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿 | | | | | | | |
| 薬剤師国保 | | 被保険者証返却日 | | | | | |
| 記入欄 | | 平成 年 月 日 | | | | | |