

理事長	常務理事	事務長	事務次長	係長	係

被保険者証の番号

受理年月日

台帳整理	名簿整理	被証整理 被保険者	保更通知 保険料	収入源簿理	異動簿理

後期高齢者組合員 資格喪失届

注

資格喪失年月日はその事実の翌日を記入すること。
 組合員は組合員証
 家族は被保険者証（薬剤師国保）を添付して下さい。

(ふりがな) 被保険者氏名	男女別	組合員との続柄	職種及び勤務先	生年月日	資格喪失年月日	資格喪失の理由 (○でかこんで下さい)
			薬剤師・薬局開設者・登録販売者 ・法人役員・自家従業員・その他 (○でかこんで下さい。)			
1()	男・女	組合員		大 昭 平 年 月 日	令和 年 月 日	退職・廃業・死亡 ・その他 上記 該当日をご記入下さい 年 月 日
2()	男・女			大 昭 平 年 月 日	令和 年 月 日	
3()	男・女			大 昭 平 年 月 日	令和 年 月 日	
4()	男・女			大 昭 平 年 月 日	令和 年 月 日	
5()	男・女			大 昭 平 年 月 日	令和 年 月 日	
6()	男・女			大 昭 平 年 月 日	令和 年 月 日	

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

年 月 日

組合員 住所

札幌市豊平区平岸1条8丁目5-12
 北海道薬剤師国民健康保険組合理事長 様

氏名

印

