様式 105

○脱　退　届
資　格　喪　失　届

東食 印

記号番号	喪失年月日	資格喪失区分
7 8 ○○○○ － ○○○○○○○	平成	1. 一脱 (2.) 全脱

＊太線枠内は組合員がご記入ください。　＊組合員及び事業主の印はそれぞれ必要となります。
＊資格を喪失したときは被保険者証(組合員証)を必ずご返還ください。資格喪失後の受診については保険給付分を返還いただきます。

資格喪失者氏名及び個人番号	続柄	喪失事由コード	資格喪失後状況（保険者名称・記号番号・取得年月日等）	証回収
東　食　太　郎 ○○○○○○○○○○○○	組合員（本人）	○		
東　食　花　子 ○○○○○○○○○○○○	妻	○		

喪失事由コード　1. 社保加入　2. 生保開始　3. 死亡　4. 転出　5. 区公組国保　6. その他（　　）　7. 後期高齢喪失　8. 後期付随喪失

＊組合員喪失で新組合員又は続柄が変更になる場合に記入してください。

被保険者等氏名	続柄	被保険者等氏名	続柄
1	0 1 組合員（本人）	3	
2		4	

上記のとおり被保険者証を添えて届出をします。
「個人情報（含、特定個人情報）の取扱について」を確認し同意いたします。
平成 ○○年 ○○月 ○○日

組合員住所 渋谷区神宮前○－○－○（自宅住所）
組合員氏名 東　食　太　郎　東食 ㊞
個人番号 ○○○○○○○○○○○○

東京食品販売国民健康保険組合　殿

事業主氏名 東　食　太　郎　東食 ㊞

誓　約　書

被保険者証を返納できませんが喪失後の診療については貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。

（返納できない場合、事業主氏名・押印）
（氏　名）東　食　太　郎　東食 ㊞

資格喪失証明書	(1.) 必要　2. 不要	保険料最終収納月	月分まで	返納領収書	月　～　月分まで
備　考	（どちらかにマル）				

処理欄	
入力	確認

証発効：　年　月　日	
回収	交付

葬祭費申請
有・無

更正領収書	
必要 月分	不要
領収書番号(手書き)	

扱者

決済欄	
所長	課長

受付印