

脱 資 格 退 喪 失 届 届



記号番号 7 8	—	喪失年月日 平成	資格喪失区分 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
	組合員 (本人)			

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 _____
組合員氏名 _____ (印)
個人番号 _____

東京食品販売国民健康保険組合 殿

事業主氏名 _____ (印)

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。

(氏 名) _____ (印)

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					

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	不 要
月 分	
領収書番号(手書き)	

扱 者

決 済 欄	
所 長	課 長



事業主・事業所ご担当者様へのお願い

この届書は、資格喪失届を提出する際、保険証を添付できないときに提出いただく書類です。

保険証を使用できるのは退職日までです。従いまして、資格喪失後の保険証は、使用できません。

万が一、未返却の保険証を使用した場合、医療費を返還していただくことになり、事業主に迷惑をかけることにもなります。

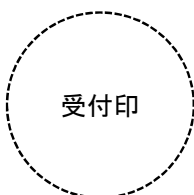
保険証の回収について、事業主・事業所ご担当様のご理解とご協力をお願いします。

被保険者証 記号番号	78 -																		
---------------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

喪失後連絡先	
住所	
組合員氏名	
電話番号 自宅:	- - 携帯: - -

平成 年 月 日

事業主氏名 _____ (印)



担当者印