PDF 様式105

脱退届
○資格喪失届

＊太線枠内は加入者がご記入ください。＊組合員・事業主自署は押印省略可、押印は組合員氏名事業主氏名横（電子印鑑・スタンプ印不可）
＊資格を喪失したときは資格確認書を交付されている方は資格確認書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。

記号番号	喪失年月日	資格喪失区分
78 ○○○○－○○○○○○	令和	1.○脱　2. 全脱

	資格喪失者及び個人番号	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）	回収
1	保険証 ・ 資格確認書 ・ 資格情報通知書	組合員（本人）			
2	東食　友子 ○○○○○○○○○○○○ 保険証 ・ 資格確認書 ・ 資格情報通知書	子	4		
3	（交付されている証書に○） 保険証 ・ 資格確認書 ・ 資格情報通知書				
4	保険証 ・ 資格確認書 ・ 資格情報通知書				

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 マイナ保険証の利用登録 □有 □無	01 組合員（本人）	3 マイナ保険証の利用登録 □有 □無	
2 マイナ保険証の利用登録 □有 □無		4 マイナ保険証の利用登録 □有 □無	

上記のとおり資格喪失の届出をいたします。
「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。

令和○○ 年 ○○月 ○○ 日

組合員住所　台東区寿○－○－○（自宅住所）

組合員氏名　東食　太郎

個人番号　○○○○○○○○○○○○

事業主氏名　国保　一郎

東京食品販売国民健康保険組合　殿

誓約書

資格確認書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）
（氏　名）　国保　一郎

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○）				

更正領収書		領収書番号（手書き）	葬祭費申請
必要 月分	不要		有 ・ 無

決裁欄		処理欄	
所長	課長	入力	確認

交付：　年　月　日

		交付	回収
1	確認書・通知書		
2	確認書・通知書		
3	確認書・通知書		
4	確認書・通知書		

扱者

受付印