

太枠の必要箇所に漏れなく記入してください。

- 組合員喪失時 … ①・②・③・⑤・⑥・⑦・⑧・⑨に記入 (家族ありの場合は④も記入)
- 家族のみ喪失時 … ①・②・④・⑤・⑥・⑦・⑧・⑨に記入

様式第6

国民健康保険被保険者資格喪失届

① 被保険者証記号	38	番号							<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特定
② 被保険者種別	<input type="checkbox"/> 第1種 <input type="checkbox"/> 第2種A (薬剤師) <input type="checkbox"/> 第2種B (非薬剤師) <input type="checkbox"/> 第3種 <input type="checkbox"/> 後期高齢								
資格喪失者氏名			続柄	性別	生年月日	介護	70歳以上該当		
③ 組合員	フリガナ		本人	男女	昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 低II <input type="checkbox"/> 現I <input type="checkbox"/> 現II <input type="checkbox"/> 現III		
	フリガナ			男女	昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 低II <input type="checkbox"/> 現I <input type="checkbox"/> 現II <input type="checkbox"/> 現III		
④ 家族	フリガナ			男女	昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 低II <input type="checkbox"/> 現I <input type="checkbox"/> 現II <input type="checkbox"/> 現III		
	フリガナ			男女	昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 低II <input type="checkbox"/> 現I <input type="checkbox"/> 現II <input type="checkbox"/> 現III		
	フリガナ			男女	昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 低II <input type="checkbox"/> 現I <input type="checkbox"/> 現II <input type="checkbox"/> 現III		
⑥ 資格喪失年月日	令和 年 月 日					※ 遡及区分 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
⑦ 資格喪失事由	1. 廃業または退職 2. 社会保険加入 3. 死亡 4. その他 () 廃業または退職した日・社会保険加入日、死亡した日 → 令和 年 月 日								
⑧ 資格喪失証明書交付	1. 希望する (<input type="checkbox"/> 自宅宛 <input type="checkbox"/> 事業所宛) 2. 希望しない (または新しい保険に加入済のため不要)								
⑤ 申請人記入欄	本申請書の記載事項に相違ありません。 本申請を事業主である第1種 (または後期高齢者) 組合員に必要な書類 (被保険者証・限度額適用認定証) を添えて届出いたします。 ● 必要書類を添付できない場合は裏面㊟を記入し、保険給付事故が発生した場合は解決の責を負います。 ● 資格喪失年月日が届出日から3ヶ月以上遡る場合は、裏面㊟を記入し提出いたします。								
	令和 年 月 日 (〒 -) 自宅住所 組合員氏名 電話番号 ()								
⑨ 事業主記入欄	千葉県薬剤師国民健康保険組合 理事長 様 本申請書記載について相違ないことを確認したので、関係書類を添えて申請いたします。 ● 上記の者に保険給付事故が発生し、解決の責が負えなかった場合は、代わりに解決の責を負います。 ● 上記の者の資格喪失年月日が届出日から3ヶ月以上遡る場合は、上記の者が記入した裏面㊟を確認いたします。								
	令和 年 月 日 (〒 -) 事業所所在地 事業所名 事業主氏名 電話番号 ()								

手続処理完了確認	異動整理簿	収入原簿	資格喪失証明書 発行No. -	葬祭費支給申請 有 / 無	情報連携登録	被保険者証回収	管理システム入力	受付日
----------	-------	------	-----------------------	------------------	--------	---------	----------	-----

⑩ 被保険者証添付不能・滅失届

被保険者証を添付できない被保険者の氏名	組合員との続柄	被保険者証を返却できない詳細な理由
		(例) 自宅内で紛失 など

⑪ 届出遅延理由書

届出が遅延となった被保険者の氏名	組合員との続柄	遅延理由
		(例) 書類提出確認行為の不徹底 など