

様式第3

被 保 険 者 資 格 喪 失 届

近畿税理士国民健康保険組合理事長 殿

下記の者脱退につき、お届けします。

※	担当常務理事	事務局長	次 長	課 長	係
受					
理					

被保険者証番号	組合員住所 〒565-0826 大阪府吹田市千里万博公園8 TEL (0 6) 6 1 2 3 - 4 5 6 7	組合員氏名 税 国 太 郎	組合員の個人番号(マイナンバー)12桁 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3						
資格喪失する者の氏名 (本人喪失の場合、本人と家族名も記入)	個人番号 (マイナンバー)12桁	性別 1. 男 2. 女	年 号 3. 昭 4. 平 5. 令	生年月日	続柄 ※コード	脱退(退職) 年 月 日	※喪失理由	※ 資格喪失 ※ 受付年月日 ※ 喪失年月日	資格確認書 回収訂正年月日
税 国 太 郎	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令	3 0 1 1 0 9	本人	0 7 0 3 3 1			
税 国 花 子	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9	1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令	3 2 0 3 2 1	妻	0 7 0 3 3 1			
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令						
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令						

脱退年月日は
・ 税国脱退後に加する健康保険の加入(希望)日の前日
・ 新しく加入した健康保険の資格取得日の前日
などを全員分記入してください。

資格喪失後の保険給付事故が発生した場合は、責任を持って解決いたします。

令和 年 月 日

※ 事業所が税理士法人の場合であっても、代表者氏名及び印鑑は個人名でお願い致します。

事務所所在地	〒540-0012 大阪市中央区谷町1-5-4
代表者氏名	税 国 太 郎
TEL	(0 6) 6 9 4 1 - 3 2 4 3

代表者ご逝去の場合
相続人氏名

添付書類:資格確認書、高齢受給者証のうち、お持ちのもの全て。
※資格情報のお知らせは、ご提出不要です。

資格喪失証明必要の有無	有(自宅) 事務所) 無
資格喪失の理由、またはその後加入する予定に印を記入してください。	
☐ 退職 (その後、 ☐ 国民健康保険加入 ☐ 国民健康保険加入 ☐ 国民健康保険加入)	
☐ 退職以外での脱退	
☒ 国保加入	
☐ その他() ☐ 異動	

理由に印を記入ください。

	※ 税理士	※ 勤務税理士	※ 従業員
	世帯主 家族	世帯主 家族	世帯主 家族
医療	当月 延	当月 延	当月 延
介護	当月 延	当月 延	当月 延

組合員の脱退(税理士世帯)