

樣式第3

被保險者 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。

※ 受 理	担当常務理事	事務局長	次長	課長	係

組合員の脱退（勤務税理士・従業員世帯）

被保険者証番号		組合員住所 〔ご逝去の場合 相続人住所〕	〒540-0000 大阪府大阪市中央区京橋1-1 TEL (06) 6111-2222	太枠内を全てご記入ください。 税理士、勤務税理士又は従業員本人が資格喪失する場合は、本人を含め家族も全て記入してください。※印の欄は、当組合で使用します。	証明番号		
		組合員氏名 〔ご逝去の場合 相続人氏名〕	国保一郎 	組合員の個人番号(マイナンバー)12桁 001122334455			
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 012345012345	性別 年号 1.男 3.昭 4.平 5.令 2.女	生年月日 430229	続柄 ※コード 本人	脱退(退職) 年月日 070331	※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
国保一郎		001122334455	1.男 3.昭 4.平 5.令 2.女	430229	妻	070331	
国保康子		012345012345	1.男 3.昭 4.平 5.令 2.女	450205	子	070331	
国保健二		998877665544	1.男 3.昭 4.平 5.令 2.女	101003		070331	
		1.男 3.昭 4.平 5.令 2.女	

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	(06)6941-3243
[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。			
<input checked="" type="checkbox"/> 退職 (その後は <input checked="" type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 退職 <input checked="" type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 国保加入 <input checked="" type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 不明			
理由に☑を記入ください。			