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。

※受理	担当常務理事	事務局長	次　長	課　長	係

後期高齢者組合員の脱退（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
	組合員氏名［ご逝去の場合 相続人氏名］	国保　一郎　㊞

〈記入上の注意〉 **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

組合員の個人番号（マイナンバー）12桁
0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5

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	年号	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
国保　康子	0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5	1.男 2.女	3.昭 4.平 5.令	4 5 0 2 0 5	妻 ※	0 7 0 3 3 1				
国保　健二	9 9 8 8 7 7 6 6 5 5 4 4	1.男 2.女	3.昭 4.平 5.令	1 0 1 0 0 3	子 ※	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

事業主が税理士国保を

脱退する日付をご記入ください

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。

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　（その後は ☐ 国保加入　☐ 社保加入　☐ 不明）

☑ 退職以外での国保加入　　☐ 退職以外での社保加入

☐ 国保加入　☐

☐ その他（

理由に☑を記入ください。

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　　㊞］

	※ 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	当月	延	当月	延	当月	延
介護	当月	延	当月	延	当月	延	当月	延	当月	延	当月	延

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。