

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<br>〒565-0826<br>大阪府吹田市千里万博公園8<br>TEL ( 0 6 ) 6 1 2 3 - 4 5 6 7 | 組合員氏名<br>税 国 花 子 | 組合員の個人番号(マイナンバー)12桁   |             |             |                 |       |                           |                  |
| 資格喪失する者の氏名<br>(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<br>1. 男 2. 女  | 年 号<br>3. 昭 4. 平 5. 令 | 生年月日        | 続柄<br>※ コード | 脱退(退職)<br>年 月 日 | ※喪失理由 | ※ 資格喪失<br>※ 受付年月日 ※ 喪失年月日 | 資格確認書<br>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  
・ お亡くなりになった日付  
を記入してください。

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<br>所在地 | 〒540-0012<br>大阪市中央区谷町1-5-4 |
| 代表者<br>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<br>相続人氏名 | 税 国 花 子 |
|--------------------|---------|

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 type="checkbox"/> 退 職 (その後は <input type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 不明 )                                  |             |
| <input type="checkbox"/> 退職以外での国保加入 <input type="checkbox"/> 退職以外での社保加入                                                                                       |             |
| <input type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 転 出 <input type="checkbox"/> 出 国 <input checked="" type="checkbox"/> 死 亡 |             |
| <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 異 動                                                                                                  |             |

|    |       |      |      |
|----|-------|------|------|
|    | ※ 従業員 | 家主   | 家族   |
| 医療 |       | 延    | 当月 延 |
| 介護 | 当月 延  | 当月 延 | 当月 延 |

理由に印を記入ください。

税理士である組合員が死亡した場合