

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					

税理士国保被保険者番号 (税国番号)	組合員住所 〔ご逝去の場合 相続人住所〕	〒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	証明番号						
組合員氏名 〔ご逝去の場合 相続人氏名〕	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	資格確認書
税 国 花 子	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9	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		※				
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令		※				

脱退年月日は
新しく加入した健康保険の
被保険者証に記載されている
資格取得日の前日
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 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 〕

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 ☒ 社保加入 ☐ 転 出 ☐ 出 国 ☐ 死 亡	
☐ その他() ☐ 異 動	

※ 理由	※ 勤務税理士	※ 従業員
医療	当主	家族
介護	延 当月 延	延 当月 延

理由に☑を記入ください。

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。家族が他の健康保険に加入したとき
(税理士世帯)