

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

家族が他の健康保険に加入したとき（勤務税理士・従業員世帯）

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]	〒540-0000 大阪府大阪市中央区京橋1-1 TEL (06) 6111-2222	▲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	
	組合員氏名 [ご逝去の場合 相続人氏名]	国保一郎	印	組合員の個人番号(マイナンバー)12桁 001122345012345	
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 ※コード	脱退(退職) 年月日 ※喪失理由	※資格喪失 資格確認書 年月日
国保康子	012345012345	1.男 3.昭 4.平 5.令 2.女	450205※	070331	
		1.男 3.昭 4.平 5.令 2.女			
		1.男 3.昭 4.平 5.令 2.女			
		1.男 3.昭 4.平 5.令 2.女			

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	(06) 6941-3243
[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 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。	有(自宅・事務所) 無								
<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 checked="" type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 出国 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/> 異動)									
※ <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 介護									
※ <input type="checkbox"/> 勤務税理士 <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 家族									
理由に□を記入ください。									
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。