

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〕	〒540-0000 大阪府大阪市中央区京橋1-1 TEL (0 6) 6 1 1 1 - 2 2 2 2	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 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 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
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			
		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。	
<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	

※ 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

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(勤務税理士・従業員世帯)