

被保險者 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

税理士国保被保険者番号 (税国番号)		組合員住所 〒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		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		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		証印													
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 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		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

市町村国保に加入する日の前日

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	事務所 所在地	〒 5 4 0 — 0 0 1 2
※ 事業所が税理士法人の場合 であっても、代表者氏名及び 印鑑は個人名をお願い致し ます。	代表者 氏 名	税 国 太 郎 印
	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

印

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。	
☐ 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	

理由に ☒ を記入ください。

市町村国保に加入するとき（勤務税理士・従業員家族の脱退）