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

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］	〒□□□－□□□□ TEL（　　）　　－
	組合員氏名［ご逝去の場合 相続人氏名］	㊞

〈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

組合員の個人番号（マイナンバー）12桁

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	続柄 ※コード	脱退（退職）年月日	※喪失理由	※ 資格喪失 ※ 受付年月日	※ 資格喪失 ※ 喪失年月日	被保険者証（資格確認書）回収訂正年月日
		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		※					
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令		※					

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	〒□□□－□□□□
代表者氏名	㊞
TEL	（　　）　　－

［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

	※ 税理士				※ 勤務税理士				※ 従業員			
	世帯主		家族		世帯主		家族		世帯主		家族	
	当月	延	当月	延	当月	延	当月	延	当月	延	当月	延
医療												
介護												

添付書類：被保険者証、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。