

# 「後期高齢者の組合員」脱退届

近畿税理士国民健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日

※受 理  
担当常務理事

貴組合の「後期高齢者の組合員」を脱退しますので、お届けします。

※事業所番号	※世帯番号	※受付日	組合員氏名	明治・大正・昭和 年 月 日 ⑩
		※適用終了日		
脱退理由	脱退年月日		年 月 日	
事務所所在地	〒 _____		組合員自宅住所	〒 _____
事務所代表者氏名	⑩			
T E L	( ) -		T E L	( ) -
F A X	( ) -		F A X	( ) -

事務局長

課 長

係

徴 収

<注意>届出日及び太枠内のみご記入ください。※印の欄は当組合で記入します。  
組合員死亡による脱退の場合、死亡診断書の写し等の証明書類を添付してください。  
事業所が税理士法人の場合、代表者氏名および印鑑は個人名をお願いします。

(組合同約第9条第2項及び第10条関係)

	事業主当月	事業主遡及	従業員当月	従業員遡及
※組合員脱退				