

# 「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		
			(ご逝去の場合) 相続人氏名	⑩
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

次 長

課 長

係

<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				