

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、**被保険者証**を添えてお届けします。

※ 受 理	担当常務理事	事務局長	次 長	課 長	係

被保険者証番号	組合員住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		^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
	[ご逝去の場合 相続人住所]	TEL ()	—		
	組合員氏名			組合員の個人番号(マイナンバー)12桁	
	[ご逝去の場合 相続人氏名]				

資格喪失する者の氏名 <small>(本人喪失の場合、本人と家族名も記入)</small>	個人番号 (マイナンバー)12桁	性別	年号	生年月日	続柄 <small>※ コード</small>	脱退(退職) 年 月 日	※喪失理由	※ 資格喪失		※ 保 険 証
								※ 受付年月日	※ 喪失年月日	回収訂正年月日
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平							
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平							
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平							
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平							

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。

平成 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	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
代表者 氏 名	
TEL	() —
[代表者ご逝去の場合 相続人氏名 <input type="text"/>]	

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 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	

	※ 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
医療	当月 延	当月 延	当月 延	当月 延	当月 延	当月 延
介護	当月 延	当月 延	当月 延	当月 延	当月 延	当月 延