

# 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。

※	担当常務理事	事務局長	次 長	課 長	係
受					
理					

税理士である組合員の場合（世帯脱退）

被保険者証番号	組合員住所 〒565-0826 大阪府吹田市千里万博公園8 TEL (06) 6123-4567	証明番号							
組合員氏名 税 国 太 郎	組合員の個人番号(マイナンバー)12桁 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	↑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。							
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 ※ 喪失年月日	※ 保 険 証 回収訂正年月日
税 国 太 郎	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	1.男 2.女	3.昭 4.平 5.令	3 0 1 1 0 9	本人	2 9 0 3 3 1			
税 国 花 子	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9	1.男 2.女	3.昭 4.平 5.令	3 2 0 3 2 1	妻	2 9 0 3 3 1			
		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

- ・ 税国脱退後に加入する健康保険の加入(希望)日の前日
- ・ 新しく加入した健康保険の資格取得日の前日

などを全員分記入してください。

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	〒540-0012 大阪府中央区谷町1-5-4
代表者氏名	税 国 太 郎
TEL	(06) 6941-3243

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) 無(事務所)
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 checked="" 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