

# 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が死亡した場合（世帯全部）

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 ( 0 6 ) 6 1 2 3 - 4 5 6 7	証明番号 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。
[ご逝去の場合 相続人住所]	組合員氏名 税 国 花 子	
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	※ 資格喪失		※ 保 険 証
							※ 喪失理由	※ 受付年月日	※ 喪失年月日
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  
・ お亡くなりになった日付  
を記入してください。

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	( 0 6 ) 6 9 4 1 - 3 2 4 3

代表者ご逝去の場合  
相続人氏名  
税 国 花 子

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 checked="" 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