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

勤務税理士・従業員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［ご逝去の場合 相続人住所］	〒540－0000 大阪府大阪市中央区京橋1－1 TEL（06）6111－2222
	組合員氏名［ご逝去の場合 相続人氏名］	国保　一郎　㊞

〈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

組合員の個人番号（マイナンバー）12桁
0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5

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	※資格喪失 ※喪失年月日	※保険証 回収訂正年月日
国保　一郎	0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5	1.男 2.女	3.昭 4.平 5.令	4 3 0 2 2 9	本人 ※	2 9 0 3 3 1				
国保　康子	0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5	1.男 2.女	3.昭 4.平 5.令	4 5 0 2 0 5	妻 ※	2 9 0 3 3 1				
国保　健二	9 9 8 8 7 7 6 6 5 5 4 4	1.男 2.女	3.昭 4.平 5.令	1 0 1 0 0 3	子 ※	2 9 0 3 3 1				
		1.男 2.女	3.昭 4.平 5.令		※					

脱退年月日は
- 退職日
- 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。

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。

☑退　職　（その後は ☑国保加入　□社保加入　□不明）
□退職以外での国保加入　□退職以外での社保加入
□国保加入　□社保加入　□転　出　□出　国　□死　亡
□その他（　　）　□異　動

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 大阪市中央区谷町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　　㊞］

	※税理士 世帯主 当月	※税理士 世帯主 延	※税理士 家族 当月	※税理士 家族 延	※勤務税理士 世帯主 当月	※勤務税理士 世帯主 延	※勤務税理士 家族 当月	※勤務税理士 家族 延	※従業員 世帯主 当月	※従業員 世帯主 延	※従業員 家族 当月	※従業員 家族 延
医療												
介護												

◎（注意）この届は、税理士国保に届出するものであり、市町村国保に加入する為の証明書ではありません。