

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。

※	担当常務理事	事務局長	次 長	課 長	係
受					
理					

証明番号

※ 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。

被保険者証番号

組合員住所

〒 540 - 0000

大阪府大阪市中央区京橋1-1

〔ご逝去の場合
相続人住所〕

TEL (0 6) 6 1 1 1 - 2 2 2 2

組合員氏名

〔ご逝去の場合
相続人氏名〕

国 保 康 子

印

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

※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

国 保 一 郎

0 0 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5

1. 男 3. 昭
2. 女 4. 平
5. 令

4 3 0 2 2 9

本人
※

2 9 0 2 2 0

国 保 康 子

0 1 2 3 4 5 0 1 2 3 4 5

1. 男 3. 昭
2. 女 4. 平
5. 令

4 5 0 2 0 5

妻
※

2 9 0 2 2 0

国 保 健 二

9 9 8 8 7 7 6 6 5 5 4 4

1. 男 3. 昭
2. 女 4. 平
5. 令

1 0 1 0 0 3

子
※

2 9 0 2 2 0

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。

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

印

〔代表者ご逝去の場合
相続人氏名〕

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

※ 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。

	※ 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
介護	当月	延	当月	延	当月	延

勤務税理士・従業員である組合員が死亡した場合(世帯脱退)

◎ (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。