

「後期高齢者の組合員」脱退届

近畿税理士国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

貴組合の「後期高齢者の組合員」を脱退しますので、お届けします。

※事業所番号	※世帯番号	※受付日	組合員氏名	Ⓜ
		※適用終了日	生年月日・性別	大正・昭和 年 月 日 男・女
			〔ご逝去の場合〕 相続人氏名	Ⓜ
脱退理由		脱退年月日	年 月 日	
事務所所在地	〒 _____	組合員自宅住所	〒 _____	
事務所代表者氏名	Ⓜ	〔ご逝去の場合〕 相続人住所		
代表者ご逝去の場合 相続人氏名	Ⓜ			
T E L	() -	T E L	() -	
F A X	() -	F A X	() -	

※受 理
担当常務理事
事務局長
次 長
課 長
係

(組合同約第9条第2項及び第10条関係)

<注意>届出日及び太枠内のみご記入ください。※印の欄は当組合で記入します。
組合員死亡による脱退の場合、死亡診断書の写し等の証明書類を添付してください。
事業所が税理士法人の場合、代表者氏名および印鑑は個人名をお願いします。

	事業主当月	事業主遡及	勤務税理士当月	勤務税理士遡及	従業員当月	従業員遡及
※組合員脱退						