

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

被保険者証番号	組合員住所 〒 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	証明番号 <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	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。
[ご逝去の場合 相続人住所]	TEL () —		
組合員氏名 [ご逝去の場合 相続人氏名]	〒 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	組合員の個人番号(マイナンバー)12桁 <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>	

資格喪失する者の氏名 <small>(本人喪失の場合、本人と家族名も記入)</small>	個人番号 (マイナンバー)12桁	性別	年号	生年月日	続柄 <small>※ コード</small>	脱退(退職) 年 月 日	※喪失理由	※ 資格喪失		※ 保 険 証
								※ 受付年月日	※ 喪失年月日	回収訂正年月日
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令		※					
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令		※					
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令		※					
		1. 男 2. 女	3. 昭 4. 平 5. 令		※					

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	〒 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
代表者氏名	①
TEL	() —

[代表者ご逝去の場合 相続人氏名 <input style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> ①]

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 <input type="checkbox"/> 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 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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
介 護	当月	延	当月	延	当月	延
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

©(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。