国民健康保険被保険者資格喪失届

（ご注意）※印の欄は記入しないで下さい。

〈注意点〉
① この届には被保険者証を必ずつけて提出して下さい
② 社会保険加入の時は加入した保険証のコピーが必要です

※被保険者証 記号番号	市 国		所属団体名	
			団体チェック 市場代表者又は 母体団体名	令和 年 月 日 確認済
店 名			資格喪失 年 月 日	令和 年 月 日

資格喪失者氏名	組合員との続柄	生年月日	資格喪失者氏名	組合員との続柄	生年月日
1		昭和・平成・令和 . .	4		昭和・平成・令和 . .
個人番号（マイナンバー）			個人番号（マイナンバー）		
2		昭和・平成・令和 . .	5		昭和・平成・令和 . .
個人番号（マイナンバー）			個人番号（マイナンバー）		
3		昭和・平成・令和 . .	6		昭和・平成・令和 . .
個人番号（マイナンバー）			個人番号（マイナンバー）		

◎個人番号確認・身元確認書類を添付して下さい。

資格喪失事由（○印）

1．社会保険加入 ・加入保険者名（ ）・保険者番号（ ）
・資格取得年月日（ ）・保険者証記号・番号（ ）
2．死亡 3．市町村国保加入及びその他 転出先市町村名（ ）
4．市場変更 5．資格変更

上記のとおり必要書類を添えて届出いたします。＊被保険者証の返納ができない場合は誓約書欄もご記入ください

申請日 令和 年 月 日

・組合員（事業主）

事業所住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業主氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号（マイナンバー）

大阪府小売市場国民健康保険組合理事長 様

誓 約 書

被保険者証を返納できませんが、資格喪失後の診療については事業主が責任を負うものとし、貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。

令和 年 月 日

事業主氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※（事務処理欄）

受付印

扱年度	
扱年月	
受付No.	

決裁	常務理事	事務局長	課長	係長	係員

令和 年 月 日

被保険者証	返納訂正	令和 年 月 日