

被保険者資格喪失届

* 内を記入いただき、必要書類を添えて提出してください。

常務理事	事務局長	課長	係長	係員

(喪失者情報)

被保険者記号番号										組合員住所									
市国										〒									
フリガナ										TEL(自宅) - - (携帯) - -									
組合員氏名																			

扱年度	令和	年度	受付No.
扱年月	令和	年	月
事務処理	令和	年	月 日

・下記に喪失する方をご記入ください。注) 記入漏れ、添付書類の不足等により手続きできない場合がございます。

フリガナ 氏名	性別	生年月日	続柄	個人番号 マイナンバー*12桁	資格喪失年月日	資格喪失事由	資格確認書
	1. 男 2. 女	昭和 平成 令和			令和 年 月 日	1. 転出 2. 社保加入 3. 死亡 4. 所属変更 5. 資格異動	1. 未発行 2. 回収済 (令和 年 月 日)
	1. 男 2. 女	昭和 平成 令和			令和 年 月 日	1. 転出 2. 社保加入 3. 死亡 4. 所属変更 5. 資格異動	1. 未発行 2. 回収済 (令和 年 月 日)
	1. 男 2. 女	昭和 平成 令和			令和 年 月 日	1. 転出 2. 社保加入 3. 死亡 4. 所属変更 5. 資格異動	1. 未発行 2. 回収済 (令和 年 月 日)
	1. 男 2. 女	昭和 平成 令和			令和 年 月 日	1. 転出 2. 社保加入 3. 死亡 4. 所属変更 5. 資格異動	1. 未発行 2. 回収済 (令和 年 月 日)
	1. 男 2. 女	昭和 平成 令和			令和 年 月 日	1. 転出 2. 社保加入 3. 死亡 4. 所属変更 5. 資格異動	1. 未発行 2. 回収済 (令和 年 月 日)

(事業所情報)

所属団体名	
フリガナ	
店名	
TEL	- -
代表者確認	※市場代表者がいる場合のみ

(事業主確認欄)

1. 本紙に必要書類を添えて届けること。
2. 保険料の未納、資格喪失後の受診、資格確認書の未返却等、いかなる場合も事業主の責任において取り扱うこと。

***上記に同意の上、届出します。**

大阪府小売市場国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

事業主氏名

個人番号
(マイナンバー)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付印

