

# 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	記入例			員

(喪失者情報)

被保険者記号番号		組合員住所	
市国		〒	540 - 0026
フリガナ	コウリ タロウ	大阪府中央区内本町〇丁目〇番〇号	
組合員氏名	小売 太郎	TEL(自宅)	06 - 1234 - 5678 (携帯) 090 - 1234 - 5678

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
コウリ 小売 太郎	1. 男 2. 女	昭和 平成 令和 5 0 0 4 0 1	本人	1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3	令和 7年 1月 1日	1. 転出 3. 死亡 5. 資格異動	1. 未発行 2. 回収済 (令和 年 月 日)
コウリ 小売 花子	1. 男 2. 女	昭和 平成 令和 5 0 0 5 0 1	妻	2 2 2 2 3 3 3 3 4 4 4 4	令和 7年 1月 1日	1. 転出 3. 死亡 5. 資格異動	1. 未発行 2. 回収済 (令和 年 月 日)
コウリ 小売 一郎	1. 男 2. 女	昭和 平成 令和 2 0 0 6 0 1	長男	3 3 3 3 4 4 4 4 5 5 5 5	令和 7年 1月 1日	1. 転出 3. 死亡 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 3. 死亡 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 3. 死亡 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	小売スーパーマーケット
フリガナ	コウリイチバショウテン
店名	小売いちば商店
	TEL 06 - 6123 - 4567
代表者確認	※市場代表者がいる場合のみ

(事業主確認欄)

1. 本紙に必要な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 7年 1月 1日

事業主氏名 小売 太郎

個人番号  
(マイナンバー) 1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3

受付印

