

後期組合員資格喪失届（事業主）

被保険者 記号番号	市 国 一			
フリガナ			性別	生年月日
氏名			男・女	昭和 年 月 日

組合同約第7条の3により組合員資格の喪失を申し出ます。

令和 年 月 日

事業所住所 _____

事業主氏名 _____

大阪府小売市場国民健康保険組合理事長 様

◎太枠内をご記入ください

喪失年月日	令和 年 月 日
-------	----------

市場又は商店会（街）名	（ 市場 ・ 商店会 ・ 商店街 ）
* 市場代表者又は、 商店会（街）母体団体名	

* 市場代表者記入の場合はご署名ください。

（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					