

後期組合員資格喪失届（事業主）

被保険者証 記号番号	市 国			
フリガナ	コウリ	タロウ	性別	生年月日
氏名	小売	太郎	男・女	昭和 20年 4月 1日
<p>組合規約第7条の3により組合員資格の喪失を申し出ます。</p> <p>令和 3年 4月 1日</p> <p>事業所住所 <u>大阪府中央区内本町〇丁目1-1</u></p> <p>事業主氏名 <u>小売 太郎</u></p> <p>大阪府小売市場国民健康保険組合理事長 様</p>				

◎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	小売スーパーマーケット ( 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					