

後期組合員資格喪失届（従業員）

被 保 険 者 記 号 番 号	市 国 —			
フリガナ			性 別	生 年 月 日
氏 名			男・女	昭和 年 月 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 style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所住所 _____</p> <p style="text-align: center;">事業主氏名 _____</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">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	（ 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					