

後期組合員資格喪失届（従業員）

被保険者証 記号番号	市 国			
フリガナ	コウリ	ジロウ	性別	生年月日
氏名	小売	次郎	男・女	昭和 20年 4月 1日
<p>組規約第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 大阪市中央区本町O丁目1-1</p> <p>事業主氏名 小売 太郎</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					