

国民健康保険被保険者 資格喪失届 (組合員脱退届)

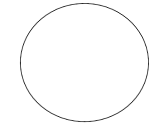
- 喪失証明交付
- 受診券 紛失・受診
- 住基ネット

被保険者証	記号 - 番号									
	食									
本人氏番号										

* 必ず被保険者証を添付すること。
 * 個人番号は必ず本人確認を行ったうえで記入してください。
 * 資格喪失欄には、その理由及び該当年月日を記入すること。
 * 死亡者の個人番号の記載は必要ありません。

前高 証回収年月日
・
・

被保険者		枝番	性別	生年月日	資格喪失			資格喪失年月日 ※この欄は記入しないでください。
氏名	氏名				※	理由	該当年月日	
フリガナ			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日生	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 未就学 前高	退職 社保加入 廃業	令和 年 月 日	令和
個人番号						死亡 その他()		
フリガナ			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日生	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 未就学 前高		令和 年 月 日	・
個人番号								
フリガナ			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日生	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 未就学 前高		令和 年 月 日	・
個人番号								
フリガナ			男・女	昭和・平成・令和 年 月 日生	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 未就学 前高		令和 年 月 日	・
個人番号								



理事長
事務長
入力
受付
給付

事業主	事業主名	事業所名(屋号)	業種
<input checked="" type="checkbox"/> 継続	フリガナ	法人 フリガナ	
		個人	
組合員	事業所所在地	Tel () Fax ()	
	自宅住所	Tel () Fax ()	

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

令和 年 月 日

京都市食品衛生国民健康保険組合 殿

所属団体
この届出は適正であることを確認します。

名称

代表者 印