

## 被保險者 資格喪失届

近畿税理士国民健康保険組合理事長 殿

下記の者脱退につき、**被保険者証**を添えてお届けします。

|        |        |      |     |     |   |
|--------|--------|------|-----|-----|---|
| ※      | 担当常務理事 | 事務局長 | 次 長 | 課 長 | 係 |
| 受<br>理 |        |      |     |     |   |

|                   |                |                                                                                                                                                 |               |                     |                |  |  |  |  |  |  |                                                                                                     |      |
|-------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------|----------------|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 被保険者証番号           |                | 組合員住所<br>〒 <table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> － <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |               |                     |                |  |  |  |  |  |  | へ記入上の注意<br><b>太枠内を全てご記入ください。</b><br>税理士、勤務税理士又は従業員本人が資格喪失する場合は、本人を含め家族も全て記入してください。 ※印の欄は、当組合で使用します。 | 証明番号 |
|                   |                |                                                                                                                                                 |               |                     |                |  |  |  |  |  |  |                                                                                                     |      |
|                   |                |                                                                                                                                                 |               |                     |                |  |  |  |  |  |  |                                                                                                     |      |
| [ご逝去の場合]<br>相続人住所 |                | TEL (                  ) —                                                                                                                      |               |                     |                |  |  |  |  |  |  |                                                                                                     |      |
| <div>縦線欄</div>    | <div>縦線欄</div> | 組合員氏名                                                                                                                                           | <div>印欄</div> | 組合員の個人番号(マイナンバー)12桁 |                |  |  |  |  |  |  |                                                                                                     |      |
| [ご逝去の場合]<br>相続人氏名 |                |                                                                                                                                                 |               | <div>縦線欄</div>      | <div>縦線欄</div> |  |  |  |  |  |  |                                                                                                     |      |

| 資格喪失する者の氏名<br>(本人喪失の場合、本人と家族名も記入) | 個人番号 (マイナンバー)12桁 | 性別           | 年号                   | 生年月日 | 続柄<br>※ コード | 脱退(退職)<br>年 月 日 | ※喪失理由 | ※ 資格喪失  |         | ※ 保 険 証 |
|-----------------------------------|------------------|--------------|----------------------|------|-------------|-----------------|-------|---------|---------|---------|
|                                   |                  |              |                      |      |             |                 |       | ※ 受付年月日 | ※ 喪失年月日 | 回収訂正年月日 |
|                                   |                  | 1. 男<br>2. 女 | 3. 昭<br>4. 平<br>5. 令 |      |             |                 |       |         |         |         |
|                                   |                  | 1. 男<br>2. 女 | 3. 昭<br>4. 平<br>5. 令 |      |             |                 |       |         |         |         |
|                                   |                  | 1. 男<br>2. 女 | 3. 昭<br>4. 平<br>5. 令 |      |             |                 |       |         |         |         |
|                                   |                  | 1. 男<br>2. 女 | 3. 昭<br>4. 平<br>5. 令 |      |             |                 |       |         |         |         |

資格喪失後の保険給付事故が発生した場合は、責任を持って解決いたします。

令和      年      月      日

※ 事業所が税理士法人の場合であっても、代表者氏名及び印鑑は個人名でお願い致します。

|        |                                                                 |
|--------|-----------------------------------------------------------------|
| 事務所所在地 | 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>                   |
| 代表者氏名  | <input type="text"/><br><div style="text-align: right;">印</div> |
| TEL    | ( ) —                                                           |

代表者ご逝去の場合  
相続人氏名

|                                                                                                                                                    |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 資格喪失証明必要の有無                                                                                                                                        | 有(自宅・事務所) 無 |
| 資格喪失の理由、またはその後加入する予定に☑印を記入してください。                                                                                                                  |             |
| <input type="checkbox"/> 退 職 (その後は <input type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 不明)                        |             |
| <input type="checkbox"/> 退職以外での国保加入 <input type="checkbox"/> 退職以外での社保加入                                                                            |             |
| <input type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 転 出 <input type="checkbox"/> 出 国 <input type="checkbox"/> 死 亡 |             |
| <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 異 動                                                                                       |             |

[illegible]

◎(注意)この届は、税理士国保に届出するものであり、市町村国保に加入する為の証明書ではありません。