

受付番号	第	号
------	---	---

# 資格喪失届

個人・法人

種別	記号・番号	職業	組合員住所 (自宅)	〒	-	〒 ( )	-	番	
			氏名	⑩					
甲・乙・家									

フリガナ 氏名	生年月日	続柄	性別	喪失年月日	被保険者証 交付年月日	被保険者証 回収年月日	喪失の理由	証回収
	昭平令 年 月 日		男・女	平令 年 月 日	年 月 日	年 月 日	1. 社保加入	・証回収(訂正)済
	昭平令 年 月 日		男・女	平令 年 月 日	年 月 日	年 月 日	2. 死亡( / )	・高齢受給者証回収済
	昭平令 年 月 日		男・女	平令 年 月 日	年 月 日	年 月 日	3. 他国保加入	・脱退証発行 /
	昭平令 年 月 日		男・女	平令 年 月 日	年 月 日	年 月 日	4. その他	(自宅・事業所・その他)
	昭平令 年 月 日		男・女	平令 年 月 日	年 月 日	年 月 日		

(退職日 年 月 日)

上記のとおり保険証を添えて届けます

令和 年 月 日

大阪府整容国民健康保険組合理事長殿

支部長氏名

⑩

【注】 1. 組合規約、給付、規定、其他等承認の上加入届出いたします。  
1. 従業員に就いての権利義務は排者その責を負います。

〒 ( ) - 番

脱退証明書  
要・不要

店 (〒 - )

住所

店名

営業主氏名

⑩

脱退証明書の送付方法  
普通・簡易書留  
(○をしてください)

送付先指定なければ普通郵便にて  
ご自宅へ送付いたします

領収印	入力	検	常務理事	支部 その他	保険料
					済・未