受付番号	第	号
------	---	---

資格喪失届

個人・任意・法人

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

枝番	フリガナ 氏名	生年月日	続柄	性別	喪失年月日	証/資格確認書 交付年月日	回収・訂正 年月日	喪失の理由	回収
		昭平令 年 月 日		男・女	年 月 日	年 月 日	年 月 日	1. 社保加入	・証/資格確認書 回収(訂正)済
		昭平令 年 月 日		男・女	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	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	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	年 月 日	年 月 日	年 月 日		

上記のとおり保険証・資格確認書を添えて届けます

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

(退職日 年 月 日)

【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非者その責を負います。

TEL () - 番

健康保険資格喪失証明書
要・不要

事業所 〒 -

住所

店名

事業主氏名

⑩

領収印	常務理事	検	入力	支部 その他	保険料
					済・未

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
登録ご自宅住所へ送付いたします

ご自宅以外ご希望の方 〒 -

※転居済の方もご記入下さい
※『事業所名』『様方』等の記載が
必要な方はそちらもご記入下さい

住所

宛名