

被 保 険 者 資 格 喪 失 届

No.

被 保 険 者 証 記 番 号		浴 国 号					
資 格 喪 失 年 月 日		令 和 年 月 日					
フリガナ 氏 名		性別	続 柄	生 年 月 日		資格喪失理由	
1				(昭 平 令) 年 月 日		1	転出
個人番号 (マイナンバー)							
2				(昭 平 令) 年 月 日		2	社保加入
個人番号 (マイナンバー)							
3				(昭 平 令) 年 月 日		3	死亡
個人番号 (マイナンバー)							
4				(昭 平 令) 年 月 日		5	その他
個人番号 (マイナンバー)							
5				(昭 平 令) 年 月 日			
個人番号 (マイナンバー)							

令 和 年 月 日

住 所 〒

氏 名

個人番号 (マイナンバー)																			
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

事業所名 個人 ・ 法人

大阪府浴場国民健康保険組合 理 事 長 様

事 務 長	担 当	加 入 者 登 録	副 本 登 録	葬 祭 費 登 録	人 数
					介護保険者 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> C 名 名 名 名
台 帳	請 求	異 動	元 帳	入 力	備 考
				共通 ・ AVION	<input type="checkbox"/> 19,500円 <input type="checkbox"/> 7,000円 <input type="checkbox"/> 6,000円 名 <input type="checkbox"/> 2,000円 名 月分