

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		平 成 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) 年 月 日			1 転出
	個人番号						
2				(昭 平) 年 月 日			2 社保加入
	個人番号						
3				(昭 平) 年 月 日			3 死亡
	個人番号						4 生保開始
4				(昭 平) 年 月 日			5 その他
	個人番号						
5				(昭 平) 年 月 日			
	個人番号						

平成 年 月 日

住 所 〒

氏 名 印

個人番号

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

理 事 長	副 理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	担 当	人 数
台 帳	請 求	異 動	元 帳	入 力	備 考