

# 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	4 生保開始
個人番号 (マイナンバー)				
5			(昭 平 令) 年 月 日	5 その他
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 □A □A □B □B □C 名 □C 名 □(C) 名 □(C) 名
台 帳	請 求	異 動	元 帳	入 力	備 考
				共通	□ 22,500円 □ 8,500円 □ 7,500円 名 □ 3,000円 名 月分