

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		フリガナを忘れずにご記入ください。				生 年 月 日		資格喪失理由					
1	ヨクジョウ タロウ 浴場 太郎	男	本人	(昭平令) 35年 1月 1日	1	転出							
個人番号 (マイナンバー)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
フリガナ 氏 名		←マイナンバーをご記入ください。				月 2日		2		社保加入			
2	ヨクジョウ ハナコ 浴場 花子	女	妻	() 年 月 2日	2		社保加入						
個人番号 (マイナンバー)		9	8	7	6	5	4	3	2	1	9	8	7
3	ヨクジョウ ジロウ 浴場 二郎	男	子	(昭平令) 2年 1月 3日	3		死亡						
個人番号 (マイナンバー)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
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				世帯主のお名前をご記入ください。 ※従業員喪失の場合は、従業員の世帯主のお名前をご記入ください。									
住 所 〒 556-0012				大阪市浪速区敷津東2丁目2番8号									
氏 名 浴場 太郎													
個人番号 (マイナンバー)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
電話番号 06-6634-2510													
事業所名 (個人) ・ 法人 ○ ○ 湯													
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								
					介護保険者 <input type="checkbox"/> A 名 <input type="checkbox"/> A 名 <input type="checkbox"/> B 名 <input type="checkbox"/> B 名 <input type="checkbox"/> C 名 <input type="checkbox"/> C 名 <input type="checkbox"/> (C) 名 <input type="checkbox"/> (C) 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 名 <input type="checkbox"/> 6,000円 名 <input type="checkbox"/> 2,000円 名 月分								