

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		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) 35 年 1 月 1 日	1 転出										
個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	←マイナンバーを ご記入ください。	
2	ヨクジョウ ハナコ 浴場 花子	女	妻	(昭平) 30 年 1 月 2 日	2 社保加入										
個人番号		9	8	7	6	5	4	3	2	1	9	8	7	3 死亡	
3	ヨクジョウ ジロウ 浴場 二郎	男	子	(昭平) 2 年 1 月 3 日	4 生保開始										
個人番号		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5 その他	
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		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 〒 543-0071		大阪市天王寺区生玉町9-3													
氏 名 浴場 太郎		印													
個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3		
電話番号		06-6772-3115													
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										
台 帳	請 求	異 動	元 帳	入 力	備 考										