

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	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
ヨクジョウ ハナコ 浴場 花子		女	妻	() 年 月 2日	2	←マイナンバーをご記入ください。		2		2		2	
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	3		3		3		3	
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	4		4		4		4	
個人番号(マイナンバー)													
5				(昭平令) 年 月 日	5	5		5		5		5	
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								
					<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> (C)		介護保険者 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> (C)						
台帳	請求	異動	元帳	入力	備考								
				共通	<input type="checkbox"/> 22,500円 <input type="checkbox"/> 8,500円 名 <input type="checkbox"/> 7,500円 名 <input type="checkbox"/> 3,000円 名		月分						