

被 保 険 者 資 格 喪 失 届

No.

被 保 険 者 記 号 番 号		浴 国																	
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													
1	フリガナ					(昭 平 令) 年 月 日													
個人番号 (マイナンバー)																			
2	フリガナ					(昭 平 令) 年 月 日													
個人番号 (マイナンバー)																			
3	フリガナ					(昭 平 令) 年 月 日													
個人番号 (マイナンバー)																			
4	フリガナ					(昭 平 令) 年 月 日													
個人番号 (マイナンバー)																			
5	フリガナ					(昭 平 令) 年 月 日													
個人番号 (マイナンバー)																			
令 和 年 月 日					資 格 確 認 書 回 収 日														
住 所 〒					年 月 日														
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														
								<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;">1</td><td>転出</td></tr> <tr><td>2</td><td>社保加入</td></tr> <tr><td>3</td><td>死亡</td></tr> <tr><td>4</td><td>生保開始</td></tr> <tr><td>5</td><td>その他</td></tr> </table>		1	転出	2	社保加入	3	死亡	4	生保開始	5	その他
1	転出																		
2	社保加入																		
3	死亡																		
4	生保開始																		
5	その他																		
事務長	担当	加入者登録	副本登録	葬祭費登録	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 名 <input type="checkbox"/> (C) 名												
台帳	請求	異動	元帳	入力	備 考														
				共通	<input type="checkbox"/> 24,000円 <input type="checkbox"/> 10,000円 名 <input type="checkbox"/> 9,000円 名 <input type="checkbox"/> 3,000円 名 月分														