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

フリガナを忘れずにご記入ください。

←マイナンバーをご記入ください。

	フリガナ／氏名	性別	続柄	生年月日
1	フリガナ ヨクジョウ 浴場　太郎	男	本人	(昭 平 令) 35 年 1 月 1 日
個人番号（マイナンバー）	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2			
2	フリガナ ヨクジョウ ハナコ 浴場　花子	女	妻	(昭 平 令) 36 年 2 月 3 日
個人番号（マイナンバー）	9 8 7 6 5 4 3 2 1 9 8 7			
3	フリガナ ヨクジョウ ジロウ 浴場　二郎	男	子	(昭 平 令) 2 年 1 月 3 日
個人番号（マイナンバー）	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
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

年　月　日

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

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。

個人番号（マイナンバー）	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

電話番号　06-6634-2510

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

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
					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	□ 24,000円 □ 10,000円　名 □ 9,000円　名 □ 3,000円　名　月分