

支部記入欄	地区コード	本部記入欄	区分	コード	内部異動		喪失後受診		葬祭費	保険料	事業所コード			
	法人・個人			家→組	あり		あり	還付あり						
				家→家	なし								なし	相殺

組合使用欄

決裁欄	事務局長	係長	係

被保険者資格喪失届（家族用）

全国板金業国民健康保険組合理事長 殿

■ 下記のとおり届け出ます。なお、喪失後の診療費等については、貴組合に迷惑をかけないことを誓約します。
なお、この届け出によりすでに納めた保険料に還付金が生じる場合で、次回納付すべき保険料と相殺が可能なときは、当該還付金を充当することに同意します。

届出年月日		記号	番号		〒 - 電話番号（ ） -												
年 月 日		92-			都 道 府 県												
組合員氏名	(フリガナ)										個人番号（マイナンバー） ※12桁の番号を間違いの無いようご記入ください。						
	(漢字)																
氏名（上段：フリガナ 下段：漢字）			続柄	性別	生年月日		喪失年月日	喪失理由 ※ 2	資格確認書の保有の有無 ※1	全板国保内異動		個人番号（マイナンバー） ※12桁の番号を間違いの無いようご記入ください。					
									資格確認書回収日	新記号	新番号						
家 族				1 男	5 昭和				有・無								
				2 女	7 平成												
					9 令和												
				1 男	5 昭和				有・無								
			2 女	7 平成													
				9 令和													
				1 男	5 昭和				有・無								
			2 女	7 平成													
				9 令和													

新しく加入した保険についてご記入ください。

保険の名称		資格取得年月日	年 月 日	被保険者記号－番号		勤務先の名称	
-------	--	---------	-------	-----------	--	--------	--

■ 事業主確認欄 上記「組合員」の個人番号に誤りがないことを確認しました。

事業所住所				事業所名		事業主の番号(5桁)		事業主氏名			
〒 - 電話番号（ ） -											
都 道 府 県											

注意事項

太枠の中を漏れなく記入してください。

※ 1. 「資格確認書」をお持ちの方は必ずご返却ください。「資格情報のお知らせ」は返却不要です。

※ 2. 喪失理由欄には下記に該当する番号を記入してください。

0. 全板国保の資格継続（「新規加入申込書」または「被保険者資格取得届」と同時に提出すること）
1. 転出・転居・世帯分離
2. 健康保険等（社会保険）資格取得
3. 生活保護開始
4. 死亡
7. 他国保組合資格取得
9. その他（ ）

支部 受付 印		本部 受付 印	