

理事長	副理事長	専務理事	事務長	課長	係

国民健康保険被保険者喪失届書

1. 茨城県 2. 栃木県 3. 群馬県 4. 埼玉県 5. 新潟県 6. 長野県

被保険者証記号 番号

喪失者氏名		本人・家族 の区別	本人との 続柄	性別	生年月日	区分
フリガナ	.....	本人・家族		男・女	M T S H . .	税理士・勤務税理士・職員・家族
氏名						
フリガナ	.....	家族		男・女	M T S H . .	家族
氏名						
フリガナ	.....	家族		男・女	M T S H . .	家族
氏名						
フリガナ	.....	家族		男・女	M T S H . .	家族
氏名						
フリガナ	.....	家族		男・女	M T S H . .	家族
氏名						

国保喪失年月日 平成 年 月 日 死亡又は退職日 平成 年 月 日
 喪失理由 1. 死亡 2. 社保加入 3. 市町村国保加入 4. その他 ()

上記のとおり被保険者証を添えて申請します。

平成 年 月 日

(フリガナ)
事務所住所 〒

(フリガナ)
事業所名称

電話 ()

(フリガナ)
税理士(事業主) 氏名

印

(フリガナ)
申請人(組合員) 自宅住所 〒

電話 ()

(フリガナ)
氏名

印

関東信越税理士国民健康保険組合理事長 様

受付印 	処	区	控	台	証	資格喪失証明書希望する
	理	分		帳		本人自宅あて送付
	欄	取扱印				事務所あて送付

- 注意 ・ 資格喪失年月日は退職日、死亡日のいずれも翌日を記入して下さい。
 ・ 移動の際は至急(14日以内)届出て下さい。
 ・ 添付書類 喪失者の被保険者証(高齢受給者証)
 ・ 被保険者証、高齢受給者証を紛失の為添付できない場合は、紛失届けを提出して下さい。
 ・ 資格喪失証明書を希望する方はいずれかの送付先に○をつけて下さい。