

決 裁	平成 年 月 日			
	理事長	担当理事	事務局長	担当者

協
力
員
検
印

被保険者資格喪失届（脱退届）

喪失決定年月日 平成 年 月 日

被保険者証記号番号		喪失区分			世帯喪失区分		保険料納入	
79-		3・4 事業主	4・5 従業員	6 家族	2 全部	1 一部	月分まで 納入済	
喪失者氏名（フリガナ）				個人番号（マイナンバー）			続柄	
組 合 員 家 族	1	（ ）					本人	
	2	（ ）						
	3	（ ）						
	4	（ ）						
喪失理由								
1.	生活保護開始 （ 年 月 日）		2.	死 亡 （ 年 月 日）		3.	退 職	
4.	他 保 険 加 入		5.	公 営 国 保 加 入		6.	そ の 他	
既に他の保険に加入している場合は、加入日と健康保険の名称を記入してください。								
被 保 険 者 証								
1.	返 還 済 平成 年 月 日		2.	未 返 還（理由）				
上記の通り資格喪失致しましたので保険者証を添えて届けます。								
平成 年 月 日								
組合員 住所（自宅）		〒 TEL （ ）		氏 名			印	
連 絡 先		〒 TEL （ ）		責任者 （事業主）			印	
（退職後に住所や電話番号が変更された場合、ご記入ください）（個人番号及び本人確認済）								
事業所名称								
東京美容国民健康保険組合 理事長殿								

注
意
事
項

- 1 国民健康保険へ加入する場合は喪失証明書交付申請書も提出してください。
- 2 被保険者証は必ず返してください。
- 3 他保険に加入した場合は新しく加入した保険証のコピーを添付してください。
- 4 事業主の署名・捺印は必ず必要です。