

決 裁	令和	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	令和	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 令和 年 月 日	2. 未 返 還 (理由) 1. 紛失 2. 回収不能 3. その他 ()

上記のとおり被保険者証を添えて届出をします。

令和 年 月 日

〒 TEL ()

組合員 住所(自宅) _____ 氏名 (自署)

〒 TEL ()

連絡先 _____

(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 _____ 責任者 (自署)
(事業主)

東京美容国民健康保険組合 理事長殿

注意事項

- 国民健康保険へ加入する場合は喪失証明交付申請書も提出してください。
- 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。
- 事業主の自署(署名)は必ず必要です。

※ 資格を喪失したときは、被保険者証を必ずご返還ください。資格喪失後に被保険者証を使用して保険給付を受けた場合は、保険給付費の返還を求め場合があります。