

伺	決裁年月日		令和		年	月	日
	理事長		常務理事		事務長		係

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者証の 記 号 番 号	1・3種組合員		資格喪失 年 月 日	令和			年	月	日				
	2・4種組合員												
事業所形態		個人(5人以上・5人未満)・法人			適用除外		有・無	特 定					
氏 名		組合 記入	続 柄	個 人 番 号			資 格 喪 失 理 由						
1		特 介					いずれかに○をして下さい。						
2		特 介					転 出 (年 月 日付)						
3		特 介					社会保険加入 (年 月 日付)						
4		特 介					死 亡 (年 月 日)						
5		特 介					後期高齢者加入 (年 月 日付)						
6		特 介					そ の 他 (年 月 日退職)						
上記のとおり 資格確認書を添えて 届けます。(資格情報のお知らせは添付不要)													
令和 年 月 日													
1・3種組合員 住所													
氏名				印	<table><tr><td>個人番号</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					個人番号			
個人番号													
TEL ()				FAX ()									
2・4種組合員 住所													
氏名				印	<table><tr><td>個人番号</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					個人番号			
個人番号													
TEL ()				FAX ()									
三重県医師国民健康保険組合理事長 様													

【個人番号の利用目的について】
本組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収事務で利用します。