

国民健康保険被保険者脱退届

※赤字の部分にご記入下さい。

被保険者証記号番号		25〇〇〇〇〇			喪失年月日		平成 年 月 日		
氏名	上=被保険者氏名・下=個人番号(12桁)		生年月日		喪失理由(番号)	被保険者証回収日		保険料種別	介護
建設太郎			昭和	年 月 日		平成	年 月 日		
個人番号			24	10	10				
建設花子			昭和	年 月 日		平成	年 月 日		
個人番号			25	1	10				
建設一郎			昭和	年 月 日		平成	年 月 日		
個人番号			50	5	5				
建設二郎			昭和	年 月 日		平成	年 月 日		
個人番号			55	2	9				
氏名			年 月 日			平成	年 月 日		
個人番号									
氏名			年 月 日			平成	年 月 日		
個人番号									
喪失理由 (該当する番号を喪失理由(番号)に記入してください)			1. 地域国保加入 2. 国保組合加入 3. 社会保険加入 4. 生活保護開始 5. 死亡 6. 廃業 7. 退職 8. 規約第9条(第1号・第2号・第3号)該当 9. (一社)日本建設組合連合会組合員組合脱退 10. その他()						
支部で記載する事項	保険料は、		月分まで収納済		支部名	支部長名		印	

通知カード等をご覧の上、脱退者全員のマイナンバーを正確にご記入下さい。

上記のとおり被保険者証を添えて届けます

平成 28年 1月 1日 **ご記入頂いた日付**

住所 (〒 870-0000) 大分市〇〇町123-4

組合員(届出人) 氏名 建設太郎 **認印** 電話(日中連絡先) 097-500-0000

建設連合国民健康保険組合殿

支部確認欄

※ 被保険者証を返還できない場合は下記の誓約書を記入してください。

誓約書

1. 被保険者証は紛失したために返還できませんが、貴国保組合の資格喪失日以降の診療については、貴国保組合に負担を
かけない(被保険者証を発見しても使用しない)ことを誓約いたします。

2. 紛失した被保険者証を発見した場合は、速やかにこれを返還いたします。

※紛失等の為、保険証を返却できない場合のみご記入下さい。

平成 28年 1月 1日 組合員氏名 建設太郎 **認印**

建設連合国民 **ご記入頂いた日付**



事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長



本部控 支部控