

資格喪失届

下記の通り組合を脱退したいのでお届けいたします。

年 月 日 組合員 住 所

自書して下さい。

電話

氏 名

資格情報のお知らせ・ 資格確認書		記号 <div>7 4 -</div>		番号	
枝番	資格喪失者氏名	組合員との続柄	枝番	資格喪失者氏名	組合員との続柄
		本人			家族
		家族			家族
		家族			家族
資格喪失理由 該当する理由に☑		<div><input type="checkbox"/> 国民健康保険加入 <input type="checkbox"/> 認定地域外へ転出</div> <div><input type="checkbox"/> 社会保険加入 <input type="checkbox"/> 退職（<input type="checkbox"/> 国民健康保険加入 <input type="checkbox"/> 社会保険加入） ↑ 退職後の保険に☑をいれてください</div> <div><input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生活保護</div>			
資格確認書を加入者（本人・家族）のうち一人でも返還できない場合は必ず記入					
<div>誓約書</div> <div>資格確認書を返還できませんが、資格喪失後の受診については貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。</div> <div>年 月 日</div> <div>組合員氏名</div>					
所属団体名 及び 承認印		<div>上記の通り資格喪失を承認いたします。</div> <div style="text-align: right;">⑥</div> <div>退職年月日 年 月 日</div>			

処 理 欄

決 裁	常務理事	異 動	被保険者	確 認 書	最 終	過 納	資 格 喪 失 年 月 日
		整 理 簿	台 帳	返 還	保 險 料	保 險 料	
				月 日	月 分	円	年 月 日
	事務局長			枚			
		調 定			備 考		

(様式第3号)

[illegible]