

家 族 資 格 壞 失 届

資格情報のお知らせ・ 資格確認書	記 号	7 4 -	番 号	
資 格 壞 失 者 氏 名			組 合 員 と の 続 柄	資格喪失の理由 該当する理由に□
1				<input type="checkbox"/> 別世帯へ転居
2				<input type="checkbox"/> 社会保険加入
3				<input type="checkbox"/> 死亡
4				<input type="checkbox"/> 国民健康保険加入

東京芸能人国民健康保険組合理事長殿

上記の通り資格を喪失したので資格確認書を添えてお届けいたします。

また、この手続きによって発生した過納保険料は、先の月の保険料に充当することに同意いたします。

年 月 日

申 請 者 住 所

自書して下さい。

電 話

氏 名

(資格喪失する者が資格確認書を持っている場合で返還できない場合は必ず記入)

誓 約 書

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。

年 月 日

申 請 者

(組合員本人) _____

所属団体名
及び
承 認 印

上記の通り資格喪失を承認いたします。

印

処 理 欄

決 裁	常務理事	異動 整理簿	被保険者 台帳	資格確認書 返還	最最終 保険料	過納 保険料	資格喪失年月日
	事務局長			月 日	月 分	円	年 月 日
	調定			備考			
(様式第4号)							

個人番号	
------	--