

記号	番号
88 - 00	000

被保険者資格喪失届

(一部喪失)

※決裁	理事	局長	次長	課長	課長補佐	担当

組合員氏名 職能 太郎		個人番号(マイナンバー) ※12桁の個人番号を間違いの無いようにご記入ください。 〒162-0843	組合員住所 東京都 新宿区 市谷田町2丁目 26番地				
被保険者氏名	続柄	性別	生年月日	資格喪失年月日	脱退理由	被保険者証 回収年月日	受付年月日
フリガナ			元号 年月日	年月日		年月日	年月日
姓 名			昭和 平成 令和	年月日		年月日	年月日
しょうのう	妻	女	5 昭和 平成 令和	45 6 7			
職能			5 昭和 平成 令和				
花子			5 昭和 平成 令和				
			5 昭和 平成 令和				
			5 昭和 平成 令和				
			5 昭和 平成 令和				
			5 昭和 平成 令和				
			5 昭和 平成 令和				

個人番号(マイナンバー)欄は特定個人情報の漏えい防止・保護の為、2枚目用紙にのみご記入ください。

該当する喪失理由の番号に○をしていただき、該当日を記入してください。

(被保険者証返還年月日)
令和4年4月3日

1. 本欄わく内の諸事項について記入・○印をしてください。
2. この届出には必ず被保険者証を添えてください。証を添付できないときは、下記誓約書に署名してください。
3. この資格喪失届は家族の一部喪失の時に提出する書類です。全員が組合を脱退する場合は脱退届をお出しく下さい。

誓約書
被保険者証紛失のため返還できませんが、脱退後の診療費等については、貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。

組合員氏名
職能 太郎

保険証を紛失等により返還できない時に限り、この欄に署名してください。

(喪失理由)

0 (組合内異動) (年月日)	88- . ^
2 (社会保険加入) (令和4年4月1日)	社会保険資格取得証明書又は被保険証の写しを添付してください。
3 (生活保護開始) (年月日)	生活保護開始証明書を添付してください。
4 (死亡) (年月日)	死亡を確認できる書類を添付してください。
7 (他の国保組合加入)	他の国保組合の被保険者証の写しを添付してください。
8 (後期高齢者該当) (年月日)	
9 (その他) (年月日)	

※事業主のかたは、組合員の個人番号及び本人(身元)確認を実施のうえ、2枚目の「★事業主確認欄」に必ず署名をお願いします。

被保険者資格喪失証明書交付申請書
上記のとおり証明書の交付を受けたく申請します。

組合員氏名 **職能 太郎**

証明書の必要な方は上記の欄に署名してください。

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

令和4年4月3日

東京建設職能国民健康保険組合理事長殿

支部受付年月日 **令和4年4月5日**

所属支部名 **〇〇〇〇組合**

記 号	番 号
88 - 00	000

被保険者資格喪失届

(一部喪失)

※ 決 裁	理 事	局 長	次 長	課 長	課 長 補 佐	担 当

組 合 員 氏 名	個人番号(マイナンバー) <small>※12桁の個人番号を間違いないようにご記入ください。</small>	組 合 員 住 所
職能 太郎	0000000000000000	〒162-0843 東京都 新宿区 市谷田町2丁目26番地

被 保 険 者 氏 名 フリガナ	個人番号(マイナンバー) <small>※12桁の個人番号を間違いないようにご記入ください。</small>	続 柄	性 別	生 年 月 日			資 格 喪 失 年 月 日	脱 退 理 由	被 保 険 者 証 回 収 年 月 日	受 付 年 月 日
				元 号	年 月 日	年 月 日				
しょうのう 職能 はなこ 花子	1111111111111111	妻	女	昭和59年6月7日 平成9年6月7日	45	6	7			
				昭和57年9月						
				昭和57年9月						
				昭和57年9月						
				昭和57年9月						
				昭和57年9月						
				昭和57年9月						

組員、喪失する被保険者全員の個人番号を必ずご記入ください。

事業主の方は、本人確認後にご署名をお願いいたします。申請者が事業主の場合も必須です。

(被保険者証返還年月日)

令和4年4月3日

保険料還付欄 (保険料)		(介護分)	
年 月	合 計 (*)	保 険 料	
令和			
*内訳		医 療 分	支 援 金 分

誓約書

被保険者証紛失のため返還できませんが、脱退後の診療費等については、貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。

保険証を紛失等により返還できない時に限り、この欄に署名してください。

組合員 氏 名

★事業主確認欄
上記の者は、個人番号及び本人(身元)確認をしましたので右記に署名します。

(喪失理由)	
0 組 合 内 異 動 (年 月 日)	88 -
2 社 会 保 険 加 入 (令和4年4月1日)	社会保険資格取得証明書又は被保険証の写しを添付してください。
3 生 活 保 護 開 始 (年 月 日)	生活保護開始証明書を添付してください。
4 死 (年 月 日)	死亡を確認できる書類を添付してください。
7 他 の 国 保 組 合 加 入	他の国保組合の被保険者証の写しを添付してください。
8 後 期 高 齢 者 該 当 (年 月 日)	
9 そ の 他 (年 月 日)	

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

令和4年4月3日

東京建設職能国民健康保険組合理事長殿

支部受付年月日 令和4年4月5日

所属支部名 ○○○○組合

事業所住所・事業所名

〒111-1111 東京都千代田区千代田〇-〇 □□建築

事業主氏名 千代田 造家

被保険者資格喪失証明書交付申請書
上記のとおり証明書の交付を受けたく申請します。

組合員 氏 名 職能 太郎

証明書の必要な方は上記の欄に署名してください。

※本部受付日