

記 号	番 号
88 - 00	111

脱 退 届

(全部喪失)

※ 決 裁	理 事	局 長	次 長	課 長	課 長 補 佐	担 当

被 保 険 者 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>	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	姓名				元 号	年 月 日	年 月 日				
しょうのう	くにお	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。	本人	男	昭和56	7	8				
職 能	国男		妻	女	昭和56	3	4				
しょうのう	くみこ										
職 能	久美子										

該当する脱退理由の番号に○をしていただき、該当日を記入してください。

(保険料納入区分)

<input type="radio"/>	法人	<input checked="" type="radio"/> 1	事業主	2. 従業員
<input checked="" type="radio"/>	個人			

(被保険者証返還年月日)

年	月	日

- 太線わく内の諸事項について記入・○印をしてください。
- この届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。
- この脱退届は全員が組合を脱退する時に提出する書類です。家族の一部喪失の場合は資格喪失届をお出しください。

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。

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 _____ 家族 _____

(組合員[相続人]住所)

〒162-0843 東京都新宿区市谷田町〇丁目〇〇番地

(組合員[相続人]氏名)

職 能 国男

(脱退理由)

0	組 合 内 異 動 (年 月 日)	88 -
2	社 会 保 険 加 入 (年 月 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。
<input checked="" type="radio"/> 6	公 営 国 保 加 入 (令和4年4月1日)	
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	〇〇〇〇組合
支部長名	土木 浩二

※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 国男
相続人 _____
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

記 号	番 号
88 - 00	111

脱 退 届

(全部喪失)

※ 決 裁	理 事	局 長	次 長	課 長	課 長 補 佐	担 当

被 保 険 者 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>	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	姓名				元 号	年 月 日	年 月 日				
しよくのう	くにお	5555555555	本人	男	昭和56	7	8				
職能	国男										
しよくのう	くみこ	6666666666	妻	女	昭和56	3	4				
職能	久美子										
					昭和57						
					平成7						
					令和9						
					昭和57						
					平成7						
					令和9						
					昭和57						
					平成7						
					令和9						

該当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。

(保険料納入区分)

<input type="radio"/> 法人	<input checked="" type="radio"/> 1 事業主	<input type="radio"/> 2. 従業員
<input checked="" type="radio"/> 個人		

★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。

(被保険者証返還年月日)

年 月 日

保険料還付欄 (保険料) (介護分)

組合員	年	月	合 計 (*)	保険料
1				

※内訳

	医療分	支援金分

(脱退理由)

0 組 合 内 異 動 (年 月 日)	88 -
2 社 会 保 険 加 入 (年 月 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。
6 公 営 国 保 加 入 (令和4年 4 月 1 日)	
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)	

事業所住所・事業所名

T111-1111
東京都千代田区千代田△-△ 職能建設

事業主氏名

職能 国男

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。

被保険者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 職能 国男
家族 家 族

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 国男
相続人 職能 国男

証明書の必要な方は上記の欄に署名してください。

(組合員[相続人]住所)

T162-0843 東京都新宿区市谷田町〇丁目〇〇番地

(組合員[相続人]氏名)

職能 国男

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
支 部 長 名	土木 浩二

※ 本 部 受 付 日