

決 裁	理事長	副理事長	常務理事	事務局長	担当	係	処 理	台帳	
								調定簿	

様式第9号

国民健康保険被保険者資格喪失届

被 記	保 号	險 番	者 号	-	資格喪失年月日	令 和	年	月	日
現 住 所									
被保険者であった者の氏名					続柄	生年月日		資格喪失理由	
1						昭 平 令	.	.	<input type="checkbox"/> 2 転出 <input type="checkbox"/> 4 死亡 <input type="checkbox"/> 6 社会保険加入 <input type="checkbox"/> 8 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 10 市町村 <input type="checkbox"/> 10 その他 ()
個人番号						昭 平 令	.	.	
2						昭 平 令	.	.	
個人番号						昭 平 令	.	.	
3						昭 平 令	.	.	
個人番号						昭 平 令	.	.	
4						昭 平 令	.	.	
個人番号						昭 平 令	.	.	
5						昭 平 令	.	.	
個人番号						昭 平 令	.	.	
6						昭 平 令	.	.	
個人番号						昭 平 令	.	.	
総支部名		総支部			事務所 受付印				
支部名		支部							
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 組 合 員 氏 名 岐 阜 県 建 設 国 民 健 康 保 険 組 合 理 事 長 様									
個人番号 (マイナンバー) 12桁					○を 記入	番号確認	○を 記入	身元確認	確認者印
					1	個人番号カード	1	運転免許証	
					2	個人番号通知カード	2	パスポート	
					3	住民票(個人番号付)	3	その他書類2つ以上 ()	
右の方法により、本人確認を行いました。									

※本人確認の各書類 コピーでの確認 可