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

被保険者記号番号						ー	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　．　．	□ 2 転出 □ 4 死亡 □ 6 社会保険加入 □ 8 生活保護開始 □ 10 市町村 □ 10 その他 （　　）
個人番号				
2			昭平令　．　．	
個人番号				
3			昭平令　．　．	
個人番号				
4			昭平令　．　．	
個人番号				
5			昭平令　．　．	
個人番号				
6			昭平令　．　．	
個人番号				

総支部名	総支部	事務所受付印	

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	番号確認	○を記入	確認者印
	個人番号カード（マイナンバー）		
	住民票（個人番号付）	運転免許証	
右の方法により、本人確認を行いました。		その他（　・　）	

※本人確認の各書類　コピーでの確認　可