

決	理事長	副理事長	常務理事	事務局長	担	当	係
裁							

処	台帳	
理	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 証 記 号 番 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		組 合 員 と の 続 柄	生 年 月 日		
1			2 転 出 4 死 亡 6 社会保険 加 入 8 生活保護 開 始 10 その他		
2					
3					
4					
5					
6					
所 属 支部名	支 部	支 部 長 氏 名			
所 属 総 支部名	総 支 部	総 支 部 長 氏 名			
<p>上記のとおりお届けします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>組 合 員 氏 名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">岐阜県建設国民健康保険組合 理 事 長 様</p>					
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	
右の方法により、本人確認を行いました。	3	住民票（個人番号付）	3	その他書類2つ以上 ()	

※本人確認の各書類 コピーでの確認 可