

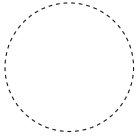
太枠内を必ず記入してください。

●組合員が喪失する場合…①・②・④・⑤・⑥・⑦を記入  
(家族が同時喪失する場合は③も記入)

●家族が喪失する場合…①・③・④・⑤・⑥・⑦を記入

|      |     |  |   |
|------|-----|--|---|
| 専務理事 | 事務長 |  | 係 |
|      |     |  |   |

国民健康保険被保険者喪失届出書

|                                                                                     |                                                  |                    |         |             |             |                                    |   |          |               |            |   |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------|---------|-------------|-------------|------------------------------------|---|----------|---------------|------------|---|----------|
| ① 被保険者証記号                                                                           |                                                  |                    |         | 番号          |             |                                    |   |          |               |            |   |          |
| 加入者氏名                                                                               |                                                  | 資格区分               | 組合員との続柄 | 性別          | 生年月日        | 個人番号 (マイナンバー)                      |   |          |               |            |   |          |
| ② 組合員                                                                               | フリガナ                                             | 税理士<br>勤務税理士<br>職員 | 本人      | 男           | S<br>H<br>R | ・                                  | ・ |          |               |            |   |          |
|                                                                                     |                                                  |                    |         | 女           |             |                                    |   |          |               |            |   |          |
| ③ 家族                                                                                | フリガナ                                             | 家族                 |         | 男           | S<br>H<br>R | ・                                  | ・ |          |               |            |   |          |
|                                                                                     |                                                  |                    |         | 女           |             |                                    |   |          |               |            |   |          |
|                                                                                     | フリガナ                                             | 家族                 |         | 男           | S<br>H<br>R | ・                                  | ・ |          |               |            |   |          |
|                                                                                     |                                                  |                    |         | 女           |             |                                    |   |          |               |            |   |          |
|                                                                                     | フリガナ                                             | 家族                 |         | 男           | S<br>H<br>R | ・                                  | ・ |          |               |            |   |          |
|                                                                                     | 女                                                |                    |         |             |             |                                    |   |          |               |            |   |          |
| フリガナ                                                                                | 家族                                               |                    | 男       | S<br>H<br>R | ・           | ・                                  |   |          |               |            |   |          |
|                                                                                     |                                                  |                    | 女       |             |             |                                    |   |          |               |            |   |          |
| ④ 喪失年月日                                                                             |                                                  | 令和                 |         |             | 年           |                                    | 月 |          | 日             | 退会、退職又は死亡日 |   |          |
| ⑤ 喪失理由                                                                              |                                                  | 1. 死亡              |         | 2. 社保加入     |             | 令和                                 |   |          | 年             | 月          | 日 |          |
| ※死亡以外は、その後加入の保険に○を付けてください                                                           |                                                  | 3. 市町村国保加入         |         | 4. その他 ( )  |             |                                    |   |          |               |            |   |          |
| ⑥ 申請人記入欄                                                                            | 上記のとおり必要書類 (被保険者証・高齢受給者証・限度額認定証) を添えて届出します。      |                    |         |             |             |                                    |   |          |               |            |   |          |
|                                                                                     | ・ 必要書類を添付できない場合は、裏面⑧を記入し保険給付事故が発生した場合は解決の責を負います。 |                    |         |             |             |                                    |   |          |               |            |   |          |
|                                                                                     | ・ 喪失年月日が届出日から3ヶ月以上遡る場合は、裏面⑨を記入し提出します。            |                    |         |             |             |                                    |   |          |               |            |   |          |
|                                                                                     | ・ 下記、事業主及び事業主である社員税理士に本申請事務を委任します。(個人番号含む)       |                    |         |             |             |                                    |   |          |               |            |   |          |
|                                                                                     | 令和                                               |                    | 年       |             | 月           |                                    | 日 | 自宅住所 〒   |               |            |   | 電話番号 ( ) |
|                                                                                     | 申請人(組合員) 氏名                                      |                    |         |             |             |                                    |   | ⑩        | 個人番号 (マイナンバー) |            |   |          |
| ⑦ 事業主記入欄                                                                            | 関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様                            |                    |         |             |             |                                    |   |          |               |            |   |          |
|                                                                                     | ・ 上記の者に保険給付事故が発生し、解決の責が負えなかった場合は代わりに解決の責を負います。   |                    |         |             |             |                                    |   |          |               |            |   |          |
|                                                                                     | ・ 上記の者の喪失年月日が届出日から3ヶ月以上遡る場合は、上記の者が記入した裏面⑨を確認します。 |                    |         |             |             |                                    |   |          |               |            |   |          |
|                                                                                     | ・ 上記、申請人 (組合員) の本申請事務を受任します。(個人番号含む)             |                    |         |             |             |                                    |   |          |               |            |   |          |
|                                                                                     | 事務所所在地 〒                                         |                    |         |             |             |                                    |   |          |               |            |   |          |
|                                                                                     | 事務所名                                             |                    |         |             |             |                                    |   | 電話番号 ( ) |               |            |   |          |
|                                                                                     | 税理士(事業主) 氏名                                      |                    |         |             |             |                                    |   | ⑩        |               |            |   |          |
| 受付印                                                                                 | 処理欄                                              | 入 力                | 限度額認定証  | 高齢受給者証      | 保険証         | 喪失証明書発行を希望する<br>※市町村国保加入の際に必要となります |   |          |               |            |   |          |
|  |                                                  |                    |         |             |             | 本人自宅宛てに送付                          |   |          |               |            |   |          |
|                                                                                     |                                                  |                    |         |             |             | 事務所宛てに送付                           |   |          |               |            |   |          |

⑧ 被保険者証・高齢受給者証添付不能・滅失届

| 被保険者証記号・番号               | 被保険者氏名 | 本人との続柄 | 資格喪失年月日  |
|--------------------------|--------|--------|----------|
|                          |        |        | 令和 年 月 日 |
|                          |        |        | 令和 年 月 日 |
|                          |        |        | 令和 年 月 日 |
|                          |        |        | 令和 年 月 日 |
| 被保険者証・高齢受給者証を返却できない詳細な理由 |        |        |          |
|                          |        |        |          |

⑨ 資格喪失届による遅延理由書

| 被保険者証記号・番号 | 被保険者氏名 | 本人との続柄 |
|------------|--------|--------|
|            |        |        |
|            |        |        |
|            |        |        |
|            |        |        |
| 遅 延 理 由    |        |        |
|            |        |        |

～届出の際の注意事項と添付書類について～

■ 注意事項

- ・ 個人番号（マイナンバー）は番号法、国民健康保険法及び施行規則に基づいた事務手続きにおいて必要となります。
- ・ 喪失者の個人番号（マイナンバー）については適正な方法で削除します。
- ・ 異動の際は14日以内に届け出てください。
- ・ 喪失者は組合員世帯ごとに届出書を提出してください。
- ・ 喪失年月日及び理由は必ず記入してください。  
※関東信越税理士会退会、税理士事務所退職、死亡の場合はいずれもその翌日が喪失年月日となります。
- ・ 喪失証明書の発行を希望する方はいずれかの送付先に○を付けてください。

■ 添付書類について

- ・ 被保険者証、高齢受給者証（70歳以上75歳未満）、限度額適用認定証（交付者のみ）  
※何らかの理由で上記の返却ができない場合は、⑧を記入してください。
- ※資格喪失年月日が3ヶ月以上遡る場合は⑨を記入し、次に加入した保険者の被保険者証の写しを提出してください。