国民健康保険被保険者　　**資格喪失届**　（組合員脱退届）

被保険者証	記号　－　番号
	食　　－
本人氏名 個人番号	

＊ 必ず被保険者証等を添付すること。
＊個人番号は必ず本人確認を行ったうえで記入してください。
＊ 資格喪失欄には、その理由及び該当年月日を記入すること。
＊ 死亡者の個人番号の記載は必要ありません。

○喪失証明交付
○受診券　紛失・受診
○住基ネット

前高　証等回収年月日
・　・

被保険者 氏	被保険者 名	枝番	性別	生年月日	資格喪失 ※	資格喪失 理由	資格喪失 該当年月日	資格喪失年月日 ※この欄は記入しないでください。
フリガナ 個人番号			男・女	昭和・平成・令和　年　月　日生	特 介 未就学 前高	退職　社保加入　廃業　死亡　その他（　）	令和　年　月　日	令和　・　・
フリガナ 個人番号			男・女	昭和・平成・令和　年　月　日生	特 介 未就学 前高		令和　年　月　日	・　・
フリガナ 個人番号			男・女	昭和・平成・令和　年　月　日生	特 介 未就学 前高		令和　年　月　日	・　・
フリガナ 個人番号			男・女	昭和・平成・令和　年　月　日生	特 介 未就学 前高		令和　年　月　日	・　・

事業主組合員	事業主名	事業所名（屋号）	業種
継続	フリガナ　㊞	法人 個人　フリガナ	
事業所所在地	〒　－　Tel（　）　Fax（　）		
自宅住所	〒　－　Tel（　）　Fax（　）		

理事長
事務長
入力
受付
給付

上記のとおり被保険者証等を添えて届けます。

令和　　年　　月　　日

京都市食品衛生国民健康保険組合　殿

所属団体
この届出は適正であることを確認します。

名称

代表者　㊞