様式第９

2024/12

国民健康保険　被保険者資格喪失届

証記号	酒	証番号	O		-			

●グレーの欄は記入しないでください。

氏　名		枝番		個人番号（マイナンバー）												
生年月日	年　月　日	組合員との続柄														
資格喪失年月日	資 格 喪 失 理 由															
	社会保険加入　生活保護開始　死亡　その他（　）															

氏　名		枝番		個人番号（マイナンバー）												
生年月日	年　月　日	組合員との続柄														
資格喪失年月日	資 格 喪 失 理 由															
	社会保険加入　生活保護開始　死亡　その他（　）															

氏　名		枝番		個人番号（マイナンバー）												
生年月日	年　月　日	組合員との続柄														
資格喪失年月日	資 格 喪 失 理 由															
	社会保険加入　生活保護開始　死亡　その他（　）															

氏　名		枝番		個人番号（マイナンバー）												
生年月日	年　月　日	組合員との続柄														
資格喪失年月日	資 格 喪 失 理 由															
	社会保険加入　生活保護開始　死亡　その他（　）															

上記のとおり、被保険者証及び必要書類を添えて届けます。

令和　　年　　月　　日

〒

住　所

組 合 員
（上記証番号の世帯主）

氏　名　　㊞

個 人 番 号
（マイナンバー）

京都府酒販国民健康保険組合　　様

当組合では、組合員及び被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用･保険料の賦課及び給付事務で使用します。

本　部								地　区			
理事長		常務理事		事務局長		担当		地区長		担当	
地区経由年月日	年　月　日			地区長印							㊞