

国民健康保険組合脱退届

被保険者証		記号	建設	番号				所属	支部長印								
個人番号				組合員氏名													
脱退年月日		年 月 日		被保険者証返還年月日		年 月 日											
加入する健康保険名		・ 市町村国保		・ 社会保険		・ その他()											
脱退の理由		・ 組合脱退		・ 事業所退職		・ その他()											
マイナンバー 個人番号		被保険者氏名		マイナンバー 個人番号		被保険者氏名											
勤務していた 事業所		名称				電話番号	() —										
		所在地															
		代表者名			組合員番号	— —											
被保険者証を紛失したとき		私が紛失した被保険者証により、万一組合に損害をかけた場合は、 一切弁償いたします。 紛失被保険者証(_____ 分 _____ 分 _____ 分) 組合員署名捺印 Ⓜ															
上記のとおり被保険者の異動がありましたので必要書類を添えて提出いたします。 埼玉県建設国民健康保険組合理事長 様 年 月 日																	
喪失証明書発行 <table border="1"> <tr><td>地本事務所</td><td></td></tr> <tr><td>書記局会議</td><td></td></tr> <tr><td>組合員自宅</td><td></td></tr> <tr><td>発行の必要無し</td><td></td></tr> </table> その他(下記へ) ※				地本事務所		書記局会議		組合員自宅		発行の必要無し		組合員住所 _____ 氏名 _____ Ⓜ 電話 () _____					
地本事務所																	
書記局会議																	
組合員自宅																	
発行の必要無し																	
本人確認欄	来所者(○で囲む)	来所者氏名		代理権確認	番号確認		身元確認										
	本人			□委任状	○個人番号カード ○通知カード □住民票		○個人番号カード ○運転免許証 ○その他 ()										
代理人(関係) ()																	

○…提示確認(郵送受付時は写し提出) □…提出 ※確認資料にレ点チェック

決 裁	処理年月日	係 印	受付年月日	担当者印