

# 被保険者資格喪失届

記号番号

資格喪失  
年月日

年 月 日

資格喪失理由(番号に○をつけてください)

1. 社会保険等加入 ・記号番号 ・被保険者名 ・取得年月日 年 月 日 ・事業所名(会社名) ・保険者 ・交付年月日 年 月 日 ・被扶養認定年月日 年 月 日	2. 転出  3. 死亡  4. 生活保護開始  5. 国保組合加入  6. その他 ( )	年 月 日  年 月 日  年 月 日  年 月 日  年 月 日
--	---	---

氏名	世帯主との続柄	性別	生年月日	個人番号(マイナンバー)	区分
1	フリガナ		. .		・擬主
					・退職
2	フリガナ		. .		・擬主
					・退職
3	フリガナ		. .		・擬主
					・退職
4	フリガナ		. .		・擬主
					・退職
5	フリガナ		. .		・擬主
					・退職
6	フリガナ		. .		・擬主
					・退職

年 月 日

<b>世帯主</b>	住所	白杵市		
	フリガナ		個人番号(マイナンバー)	
	氏名		※上欄に記入済の場合は不要	
	TEL			

<b>届出人</b>	住所	※同一世帯以外の方が届出される場合は記入		
※届出が世帯主以外の場合 ・ 同一世帯員 ・ 代理人	フリガナ	※世帯主に届出の了承を得ています		
	氏名			
	TEL			

(あて先) 白杵市長