様式４－４

支部記入欄	地区コード	本部記入欄	区分	コード	内部異動	喪失後受診	葬祭費	保険料	事業所コード
			法人・個人		家→家 組→家	あり なし	あり なし	還付あり 相殺	

ここには何も記入しないでください

組合使用欄

決裁欄	事務局長	係長	係

届出年月日には所属の支部へ提出する日をご記入ください

被保険者資格喪失届（家族用）

全国板金業国民健康保険組合理事長 殿

■ 下記のとおり届け出ます。なお、喪失後の診療費等については、貴組合に迷惑をかけないことを誓約します。
なお、この届け出によりすでに納めた保険料に還付金が生じる場合で、次回納付すべき保険料と相殺が可能なときは、当該還付金を充当することに同意します。

届出年月日	記号	番号	〒	電話番号	都道府県	
年 月 日	92-					
7 4 10	13	2 9 9 9 9	100 － 0001	（ 03 ）1234 － 5678	東京	港区三田〇―〇―〇

↓個人番号（マイナンバー）をご記入ください

組合員氏名			個人番号（マイナンバー）※12桁の番号を間違いの無いようご記入ください。
	（フリガナ）	イタガネ ツヨシ	
	（漢字）	板金 強	1＊3 4＊6 7＊9 0＊2

資格確認書の保有の有無に〇印を付け、「有」の方は資格確認書をご返却ください

氏名（上段：フリガナ 下段：漢字）		続柄	性別	生年月日	喪失年月日	喪失理由 ※2	資格確認書の保有の有無 ※1	資格確認書回収日	全板国保内異動 新記号	全板国保内異動 新番号	個人番号（マイナンバー）※12桁の番号を間違いの無いようご記入ください。
家族	イタガネ ユウコ	妻	1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和							
	板金 優子		2 女	59 8 3		2	有 無				3＊5 6＊8 9＊1 2＊4
			1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和			有・無				
			1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和			有・無				

新しく加入した保険についてご記入ください。

保険の名称	資格取得年月日	被保険者記号－番号	勤務先の名称
全国健康保険協会	7 年 4 月 1 日	67＊901＊3	○○デパート

■ 事業主確認欄　上記「組合員」の個人番号に誤りがないことを確認しました。　↓事業主が上記の個人番号（マイナンバー）を確認の上、ご記入ください

事業所住所	電話番号	事業所名	事業主の番号（5桁）	事業主氏名
〒 111 － 1111 東京 都道府県 港区三田▲―▲―▲	（ 03 ）5678 － 1234	夢板金工業	1 0 0 0 1	屋根 登

注意事項
太枠の中を漏れなく記入してください。
※１．「資格確認書」をお持ちの方は必ずご返却ください。「資格情報のお知らせ」は返却不要です。
※２．喪失理由欄には下記に該当する番号を記入してください。
0. 全板国保の資格継続（「新規加入申込書」または「被保険者資格取得届」と同時に提出すること）　1. 転出・転居・世帯分離
2. 健康保険等（社会保険）資格取得　3. 生活保護開始　4. 死亡　7. 他国保組合資格取得　9. その他（　　）

支部受付印		本部受付印	