

決 裁	専務理事	事務局長	係員
令和 年 月 日			

### 国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者	記号	84 -	番号		資格喪失年月日	令和 年 月 日
------	----	------	----	--	---------	----------

(ご注意)

・太枠内にご記入ください。  
・ご家族のみの資格喪失の場合は、組合員の番号確認及び身元確認書類の添付が必要になります。

資格喪失者氏名及び個人番号	組合員との続柄	喪失事由	資格喪失後の健康保険	回収
	組合員(本人)		保険者番号 ( )	
			保険者名称 ( )	
			記号番号 ( )	
			資格取得日 ( 年 月 日 )	
			保険者番号 ( )	
			保険者名称 ( )	
			記号番号 ( )	
			資格取得日 ( 年 月 日 )	
			保険者番号 ( )	
			保険者名称 ( )	
			記号番号 ( )	
			資格取得日 ( 年 月 日 )	
			保険者番号 ( )	
			保険者名称 ( )	
			記号番号 ( )	
			資格取得日 ( 年 月 日 )	
			保険者番号 ( )	
			保険者名称 ( )	
			記号番号 ( )	
			資格取得日 ( 年 月 日 )	

※ 喪失事由が「転出」「世帯分離」「死亡」の場合はご記入ください。

転出・世帯分離・死亡日	年 月 日	区市町村への届出日	年 月 日
転出先住所			

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

組合員住所 (自宅)			
組合員氏名 (組合員死亡の場合は届出人氏名)			
個人番号			
日中の連絡先 (自宅・携帯・事務所)	電話番号		

連絡先	※ 資格喪失後の郵便物の送付先が弁護士国保加入時の自宅・事務所等と異なる場合はご記入ください。		
住所	〒		
電話番号		メールアドレス	

東京都弁護士国民健康保険組合 理事長 殿

組合使用欄

保険料 還付金	円	通知等	申請書	納付 証明書	喪失 証明書
年期					
年月					

組合員番号			
人数	口座振替	区分	外国籍
	み三MUゆ	一般 特定 一除一	
	現 団		

# 退職証明書

年 月 日

法律事務所名：

弁 護 士：

印

下記の者は当法律事務所を退職したことを証明します。

記

氏 名：

退職年月日： 年 月 日

## 注 意

- ① 法律事務所に勤務されていた方が「退職」を理由に弁護士国保組合を資格喪失する場合には、雇用主である弁護士の方がご記入ご捺印ください。
- ② 資格喪失日は退職年月日の翌日となります。
- ③ 弁護士法人に勤務され健康保険(協会けんぽ)の適用除外承認をされ弁護士国保に加入されている方が弁護士法人を退職する場合は、代表社員の方がご記入ご捺印ください。