

(様式3-2号)

支 部 長 印		<b>資 格 喪 失</b>	事務局長	班 長	担 当 者
		処理日 令和 年 月 日 家族 人から 人 (組合員を除く)			

### 国民健康保険被保険者資格 喪失 届

被保険者証 記号・番号	宮建 A	資格喪失日	令和 年 月 日
----------------	------	-------	----------

員番	フリガナ	性別	続柄	生年月日	喪失の理由 (該当項目を○で 囲んでください)
	喪失者の氏名				
		男・女		昭・平・令 ・ ・	社会保険加入  市町村国保加入  死 亡  生活保護開始  そ の 他
		男・女		昭・平・令 ・ ・	
		男・女		昭・平・令 ・ ・	
		男・女		昭・平・令 ・ ・	
		男・女		昭・平・令 ・ ・	
		男・女		昭・平・令 ・ ・	

#### 必要書類 (□の中に✓をご記入願います)

- ・ 社会保険に加入した場合
  - 社会保険の被保険者証の写し
- ・ 家族が組合員の住所地から離れた場合
  - 転居先の住民票 または 住民票の除票(転出先が2段に記入されているもの)
  - 資格喪失証明書(市町村国保に加入するために必要)
- ・ 組合員が宮建国保をやめて市町村国保に加入する場合
  - 様式4号 脱退届
  - 資格喪失証明書(市町村国保に加入するために必要)
  - 退職証明書(法人事業所の従業員が退職したときに必要)
- ・ 死亡した場合
  - 様式16号 葬祭費支給申請書 及び その添付書類

#### ご返却いただくもの

- 宮建国保の被保険者証(喪失日以降に被保険者証は使用できません)
- ※被保険者証を紛失した場合は、様式10号の再交付申請書が必要です。

令和 年 月 日 上記のとおり届出いたします。	受 付 印
郵便番号 _____ 電話番号 _____	
組合員住所 _____	
フリガナ _____	
組合員氏名 _____ (印)	
宮城県建設業国民健康保険組合理事長 殿	