

理事	事務局長	事務局次長	課長	係	支部	整理簿	台帳	コンピューター

国民健康保険被保険者脱退届

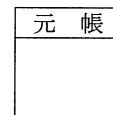
様式第7号

※太線わく内の諸事項について記入・レ印をしてください。

被保険者証記号番号		喪失年月日		平成	年	月	日
員番	氏名	生年月日	喪失理由番号	介護	資格喪失理由 (該当する番号を喪失理由番号に記入して下さい)		
①	()	明□昭□ 大□平□	年 月 日		1. 地域国保加入 <input type="checkbox"/> 勤務先 所在地 資格取得年月日 平成 年 月 日 記号番号 <input type="checkbox"/> 資格区分 本人・扶養家族		
②		明□昭□ 大□平□	年 月 日		2. 国保組合加入		
③		明□昭□ 大□平□	年 月 日		3. 社会保険加入		
④		明□昭□ 大□平□	年 月 日		4. 生活保護適用 平成 年 月 日		
⑤		明□昭□ 大□平□	年 月 日		5. 死亡 平成 年 月 日		
⑥		明□昭□ 大□平□	年 月 日		6. 廃業		
⑦		明□昭□ 大□平□	年 月 日		7. 退職		
⑧		明□昭□ 大□平□	年 月 日		8. 規約第9条(第1号・第2号・第3号)該当 9. 日本建設組合連合加盟組合脱退 10. その他 ()		
支部で記載する事項		1. 保険料は、 月分まで収納済		支部名 支部長氏名 確認印		印	
<p>上記のとおり被保険者証を添えて届けます。</p> <p>平成 年 月 日 組合員 住所 _____ 氏名 _____ 印 _____</p> <p style="text-align: center;">建設連合国民健康保険組合 殿</p>							
<p>※ 届け出する前によく読んでください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・資格がなくなったら保険証は必ず返してください。 ・資格がなくなった日以降に保険証をつかうと、その医療費は不当利得となるので組合に返納していただきます。 ・他の健康保険に加入した場合、新たに加入した健康保険証のコピーを提出してください。 							



被保険者証回収 (世帯回収日 年 月 日)			
①	年	月	日
②	年	月	日
③	年	月	日
④	年	月	日
⑤	年	月	日
⑥	年	月	日
⑦	年	月	日
⑧	年	月	日



本部控

支部控

誓約事項

1. 紛失した被保険者証を発見した場合は速やかにこれを返納いたします。
2. 被保険者証の紛失のため返納できませんが、資格喪失後の診療については貴組合に負担をかけないことを誓約致します。

上記のとおり誓約致します。

平成 年 月 日

住所

組合員

氏名

印

建設連合国民健康保険組合理事長 殿

【脱 退】の手続きについて

建設業の転業・廃業、もしくは他保険への加入により組合を脱退する場合は、下記の手続きが必要です。

【手続きに必要なもの】

○印のものを揃えて申請してください。

※状況に応じて必要な書類が異なりますので組合窓口もしくはお電話にてご確認ください。

	世帯全員分の組合カード保険証(原本)
	新しく加入した保険証コピー
	死亡診断書コピー
	脱退届(保険証を1枚でも紛失した場合は、脱退届裏面の「誓約事項」に記入)
	認印(郵送で手続きされる方は脱退届に捺印)
	高齢受給者証(交付を受けている方がいる場合)

- 脱退後、市町村国保へ加入される場合は、当組合の資格喪失証明書が必要となりますので組合へ請求してください。

届出は事由発生から、**必ず14日以内**にお願いします。

【記入例】

理事	事務局長	事務局次長	課長	係	支部	整理簿	台帳	コンピューター

国民健康保険被保険者脱退届

様式第7号

※太線わく内の諸事項について記入・レ印をしてください。

被保険者証記号番号		喪失年月日		平成	年	月	日
員番	氏名	生年月日	喪失理由番号	介護	資格喪失理由 (該当する番号を喪失理由番号に記入して下さい)		
①	()	明□昭□ 大□平□	年 月 日		1. 地域国保加入	勤務先 所在地	
②		明□昭□ 大□平□	年 月 日		2. 国保組合加入	資格取得年月日	
③		明□昭□ 大□平□	年 月 日		3. 社会保険加入	平成 年 月 日 記号番号	
④		明□昭□ 大□平□	年 月 日		4. 生活保護適用	平成 年 月 日	
⑤		明□昭□ 大□平□	年 月 日		5. 死亡	平成 年 月 日	
⑥		明□昭□ 大□平□	年 月 日		6. 廃業		
⑦		明□昭□ 大□平□	年 月 日		7. 退職		
⑧		明□昭□ 大□平□	年 月 日		8. 規約第9条(第1号・第2号・第3号)該当		
					9. 日本建設組合連合加盟組合脱退		
					10. その他 ()		
支部で記載する事項		1. 保険料は、 月分まで収納済		支部名 支部長氏名 確認印		印	

添付書類に基づきコンピュータ入力致しますのでご記入は不要です。

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

平成 年 月 日

手続きが完了した日付になりますのでご記入は不要です。

住所 東京都港区西新橋1-6-11

氏名

建設 令一

建設 印

※ 届け出する前によく読んでください。

- ・資格がなくなったら保険証は必ず返してください。
- ・資格がなくなった日以降に保険証をつかうと、その医療費は不当利得と組合に返納していただきます。
- ・他の健康保険に加入した場合、新たに加入した健康保険証のコピーを提出してください。

ご住所と組合員の方のお名前をご記入ください。また、印鑑をお忘れのないように押印ください。

本部
受付印

被保険者証回収 (世帯回収日)		年	月	日
①	年 月 日	⑤	年 月 日	
②	年 月 日	⑥	年 月 日	
③	年 月 日	⑦	年 月 日	
④	年 月 日	⑧	年 月 日	

元帳

支部
受付印

支部で記入しますのでご記入は必要ありません。

本部控