様式第７号

国民健康保険被保険者脱退届

※太線枠内の諸事項について記入してください。

被保険者記号・番号		喪失年月日	平成・令和　　年　　月　　日

	上＝被保険者氏名・下＝個人番号(12桁)	生　年　月　日	喪失理由(番号)	回収日	保険料種別	介護
氏名		昭和 平成 令和　年　月　日		年　月　日		
個人番号						
氏名		昭和 平成 令和　年　月　日		年　月　日		
個人番号						
氏名		昭和 平成 令和　年　月　日		年　月　日		
個人番号						
氏名		昭和 平成 令和　年　月　日		年　月　日		
個人番号						
氏名		昭和 平成 令和　年　月　日		年　月　日		
個人氏名						
氏名		昭和 平成 令和　年　月　日		年　月　日		
個人番号						

※個人番号（マイナンバーのことです。）は、マイナンバーカード・通知カード等を見ながら12ケタの数字を記入してください。

喪失理由 (該当する番号を喪失理由(番号)に記入してください)	1.地域国保加入　2.国保組合加入　3.社会保険加入　4.生活保護開始 5.死亡　6.廃業　7.退職　8.規約第９条(第１号･第２号･第３号)該当 9.(一社)日本建設組合連合会員組合脱退 10.その他(　　)

支部で記載する事項	保険料は、　　月分まで収納済	支部名 支部長名 確認印	印

上記のとおり被保険者証又は資格確認書を添えて届けます。

令和　　年　　月　　日

組合員（届出人）　住所（〒　　－　　）

氏名　　印　　電話(日中連絡先)

※自署の場合押印省略可

建設連合国民健康保険組合 殿

支部確認欄

※　被保険者証又は資格確認書を返還できない場合は下記の誓約書を記入してください。

誓約書

1．被保険者証又は資格確認書は紛失したために返還できませんが、貴国保組合の資格喪失日以降の診療については、貴国保組合に負担をかけない（被保険者証又は資格確認書を発見しても使用しない）ことを誓約いたします。

2．紛失した被保険者証又は資格確認書を発見した場合は、速やかにこれを返還いたします。

令和　　年　　月　　日　**組合員氏名**　　印

建設連合国民健康保険組合理事長 殿

本部受付印

事務局長	事務局次長	課長	担当者	支部長

支部受付印

本部控