（様式3－2号）

支部長印		資格喪失	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

被保険者記号・番号	宮建　　A	資格喪失日	令和　　年　　月　　日

員番	フリガナ 喪失者の氏名	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）
		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

□　社会保険の資格取得を証明する書類（社会保険の資格取得年月日、記号・番号、氏名、保険者名の記載があるもの）

・家族が組合員の住所地から離れた場合

□　転居先の住民票又は住民票の除票（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辞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

□　宮建国保が発行した証書等（被保険者証、資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証など）

※被保険者証又は資格確認書を紛失した場合は、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。

郵便番号　　電話番号

組合員住所

フリガナ

組合員氏名　　㊞

宮城県建設業国民健康保険組合理事長　殿

受付印