

(様式4号)

支 部 長 印		事務局長	班 長	担 当 者

宮 城 県 建 設 業 国 民 健 康 保 険 組 合 脱 退 届

組 合 員 の 氏 名		組 合 員 の 種 別	第 種
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	宮 建 A	職 業	

脱 退 予 定 年 月 日	令 和 年 月 日 (予 定)
---------------	-----------------

脱 退 す る 理 由	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村国保加入の為 (□の中に✓をご記入願います。) <input type="checkbox"/> 廃業 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 仕事がない <input type="checkbox"/> 保険料が高い <input type="checkbox"/> 手続きが不便 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 他国保組合加入の為 (名称: )
-------------	--

組合員が脱退することによって被保険者の資格を喪失する方

氏 名	性別	続柄	生年月日	氏 名	性別	続柄	生年月日
	男・女	本人	昭・平・令		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
	男・女		昭・平・令		男・女		昭・平・令
	男・女		昭・平・令		男・女		昭・平・令

宮 城 県 建 設 業 国 民 健 康 保 険 組 合 規 約 第 9 条 の 規 定 に よ り、  
上 記 の と お り 届 出 い た し ま す。

令 和 年 月 日

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

(注:この届出は、1ヶ月前までにしなければなりません。)