

国民健康保険資格喪失届出書

資格喪失郵送専用

記入例

届出日 **3年5月7日**

記入(郵送)した日 チェックしてください。

届出 人	氏名 呉氏 太郎	世帯主 氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ 連絡先 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先) 0823 - 25 - 3158	世帯主 氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ 連絡先 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先)	世帯主の職業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他
	住所 呉市中央4丁目1番6-302	記号番号 (新規)		
		記号番号 (既存/再利用)		

日中連絡の取れる電話番号を記入してください。

届出人が世帯主でない場合はどちらかにチェックしてください。

国民健康保険加入等について、世帯主の了承を得ています。 国民健康保険加入等について、世帯主に説明します。

届出番号	異動する人全員の氏名	生年月日	性別	世帯主との続柄	職業	取得開始	喪失終了
1	カガナ クレシ タロウ 呉氏 太郎	西暦 昭和 平成 60年 4月 1日 個人番号(マイナンバー)	男 ・ 女	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他	取得開始 .	喪失終了 .
2	カガナ クレシ ハナコ 呉氏 花子	西暦 昭和 平成 6年 2月 1日 個人番号(マイナンバー)	男 ・ 女	妻	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生 <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他	取得開始 .	喪失終了 .
3	カガナ クレシ サヲウ 呉氏 三郎	西暦 昭和 平成 令和 元年 5月 1日 個人番号(マイナンバー)	男 ・ 女	子	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input checked="" type="checkbox"/> その他	取得開始 .	喪失終了 .
4	カガナ 太枠の中をご記入ください。	西暦 昭和 平成 年 月 日	男 ・ 女		<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他	取得開始 .	喪失終了 .
5	カガナ	昭和・平成・令和/西暦 年 月 日 個人番号(マイナンバー)	男 ・ 女		<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他	取得開始 .	喪失終了 .

【世帯主以外が届出する場合】
どちらかにチェックしてください。

個人番号(マイナンバー)は、分かる場合のみご記入ください。

備考	国民健康保険(申請)書受付状況 <input type="checkbox"/> 国民健康保険加入書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険加入書	担当者処理欄 <input type="checkbox"/> 任意継続証明 <input type="checkbox"/> 取得確認	取得・開始 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加	喪失・終了 <input type="checkbox"/> 合算 <input type="checkbox"/> 減額	本人確認 <input type="checkbox"/> 本人確認	受付印	年金入力			
<p>※ 保険証は処分したので返却できません。</p> <p>① この資格喪失届出書 ② 社会保険証のコピー(本人・家族) ③ 国民健康保険証 (※既に処分した場合は、その旨を備考欄に記入) ①～③を保険年金課までご郵送ください。</p>										
受付	入力	保険証	回収日 月 日	担当名	TEL	<input type="checkbox"/> 10日間・加入期間証明 <input type="checkbox"/> 旧国 <input type="checkbox"/> 旧国非 <input type="checkbox"/> 非自非 <input type="checkbox"/> 旧被扶養()	<input type="checkbox"/> 人 国 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 出 国 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 通帳・キャッシュ <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 連名簿 <input type="checkbox"/> 単 票