

国民健康保険被保険者資格喪失・適用終了届

令和 年 月 日

(宛先) 津島市長

世帯主 住 所

氏 名

個人番号

電 話 () -

次のとおり被保険者の資格を喪失・適用を終了したので届け出ます。

届出 区分	<input type="checkbox"/> 資格喪失 (全部・一部) <input type="checkbox"/> 適用終了 (全部・一部)	喪失・終了年月日	平成・令和 年 月 日
被保険者資格証明書の交付の有無		有 ・ 無 (記号番号)	
転出後住所での世帯構成変更の有無		・世帯主変更 (有 ・ 無) ・世帯員変更 (有 ・ 無)	
資格喪失・適用終了した者	現住所	前住所	
	枝番	フリガナ 氏 名	生年月日
			性 別
		昭・平・令 年 月 日	世帯主との続柄
			個人番号
		昭・平・令 年 月 日	職業
		昭・平・令 年 月 日	
	昭・平・令 年 月 日		
	昭・平・令 年 月 日		
	昭・平・令 年 月 日		
理 由	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 健保等加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 国保組合加入 <input type="checkbox"/> 職権削除 <input type="checkbox"/> その他 ()	備 考 欄	受診 (有 ・ 無) 本人請求説明 (済 ・ 未済) 特定健診受診 (有 ・ 無)

記入者 <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	住所 氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主住所と同じ 世帯主との続柄 () 電話 () -
--	----------	---

保険証	回収	未回収	訂正	本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 基礎年金番号通知書、年金証書 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()	担当者
-----	----	-----	----	------	---	-----

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とする。