

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)	喪失・終了年月日	平成・令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 適用終了 (全部・一部)	被保険者記号・番号	
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		生年月日	性 別	世帯主との続柄	個人番号	職業
	枝番	フリガナ 氏 名					
			昭・平・令 年 月 日	男・女			
			昭・平・令 年 月 日	男・女			
			昭・平・令 年 月 日	男・女			
			昭・平・令 年 月 日	男・女			
			昭・平・令 年 月 日	男・女			
			昭・平・令 年 月 日	男・女			

理 由	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 健保等加入	備 考 欄	受診 (有 ・ 無)
	<input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 国保組合加入		本人請求説明 (済 ・ 未済)
	<input type="checkbox"/> 職権削除		特定健診受診 (有 ・ 無)
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

記入者 <input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主住所と同じ
	氏名	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。