

国民健康保険被保険者資格喪失届

※ 世帯主と届出人が同世帯でない場合、委任状が必要です

被保険者 記号・番号		谷国		喪失区分	一部 ・ 包括	
資格喪失理由					世帯区分	
1 転 出（転出先住所:)					1 普通	
2 社保加入 3 死亡 4 生保開始 5 その他()					2 擬制	
資格を喪失する者の氏名		性別	生年月日	マイナンバー (個人番号)	続柄	資格喪失年月日
1		男・女	昭・平・令・西暦			令和・西暦
			年 月 日			年 月 日
2		男・女	昭・平・令・西暦			令和・西暦
			年 月 日			年 月 日
3		男・女	昭・平・令・西暦			令和・西暦
			年 月 日			年 月 日
4		男・女	昭・平・令・西暦			令和・西暦
			年 月 日			年 月 日
5		男・女	昭・平・令・西暦			令和・西暦
			年 月 日			年 月 日
6		男・女	昭・平・令・西暦			令和・西暦
			年 月 日			年 月 日
7		男・女	昭・平・令・西暦			令和・西暦
			年 月 日			年 月 日
8		男・女	昭・平・令・西暦			令和・西暦
			年 月 日			年 月 日

左記のとおり届けます。(宛先) 北谷町長

令和 年 月 日

(世帯主)

住所

氏名

マイナンバー
(個人番号)

電話

(届出人)

住所

氏名

マイナンバー
(個人番号)

電話

世帯主との関係

本人確認	☐ マイナンバーカード
	☐ 在留カード ☐ パスポート
	☐ 免許証 ☐ その他()

※受付者確認欄		受付者
☐ 学生…マル学手続で継続加入		
備考		