

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: _____) 2 社保加入 3 死亡 4 生保開始 5 その他(_____)					1 普通 2 擬制
資格を喪失する者の氏名	性別	生年月日	個人番号	続柄	資格喪失年月日
1	男・女	昭・平・令・西暦 年 月 日			令和・西暦 年 月 日
2	男・女	昭・平・令・西暦 年 月 日			令和・西暦 年 月 日
3	男・女	昭・平・令・西暦 年 月 日			令和・西暦 年 月 日
4	男・女	昭・平・令・西暦 年 月 日			令和・西暦 年 月 日
5	男・女	昭・平・令・西暦 年 月 日			令和・西暦 年 月 日
6	男・女	昭・平・令・西暦 年 月 日			令和・西暦 年 月 日
7	男・女	昭・平・令・西暦 年 月 日			令和・西暦 年 月 日
8	男・女	昭・平・令・西暦 年 月 日			令和・西暦 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

印

個人番号

電話

(届出人)

住所

氏名

印

個人番号

電話

世帯主との関係

本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基カード
	<input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> パスポート
	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他(_____)

※受付者確認欄		受付者
<input type="checkbox"/> 学生…マル学手続で継続加入		
備考		