

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	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

.....

個人番号

.....

電話

.....

(届出人)

住所

.....

.....

氏名

.....

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	