国民健康保険被保険者資格喪失届・適用終了届

被保険者証記号番号	資格喪失年月日	適用終了年月日
014ー	平成 令和　　年　　月　　日	平成 令和　　年　　月　　日

→※太枠内をご記入ください。

	喪失する者の氏名	世帯主との続柄	性別	生年月日	資格喪失理由
1	個人番号 ﾌﾘｶﾞﾅ	本人・妻 子・夫 （　　）	男 ・ 女	昭 平　・　・ 令	□転　出 □県内 □県外 □社保加入 □生活保護開始 □死亡 □その他 （　　）
2	個人番号 ﾌﾘｶﾞﾅ	本人・妻 子・夫 （　　）	男 ・ 女	昭 平　・　・ 令	
3	個人番号 ﾌﾘｶﾞﾅ	本人・妻 子・夫 （　　）	男 ・ 女	昭 平　・　・ 令	
4	個人番号 ﾌﾘｶﾞﾅ	本人・妻 子・夫 （　　）	男 ・ 女	昭 平　・　・ 令	
5	個人番号 ﾌﾘｶﾞﾅ	本人・妻 子・夫 （　　）	男 ・ 女	昭 平　・　・ 令	

上記のとおり届けます。

令和　　年　　月　　日

住所：　中央市

世帯主　氏名：

個人番号

住所：

届出人　氏名：

連絡先TEL（　　）ー（　　）－（　　）

還付口座記入欄	□ 公金受取口座を利用する（利用する場合は以下記入不要）　□ 振込口座を指定する			
	金融機関名		口座番号	
	本支店名		ﾌﾘｶﾞﾅ 名義人	

※市役所使用欄

□ 更正内容説明	□ 子ども医療費	□ 保険証回収
□ 滞納 有　無	□ 限度額証	□ 不当利得 有　無
□ 納付書発行 有　無	□ 振替口座 有（継続・廃止）・無	□ 医療費返還の説明 有　無
□ 還付 有　無		