

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-		平成 令和 年 月 日		平成 令和 年 月 日
国保を喪失される方全員の名前				
	個人番号	世帯主との 続柄	性別	生年月日
1	●●●●●●●●●●●●●●●●	本人・妻	男	昭
	フリガナ チュウオウ タロウ 中央 太郎	子・夫 ()	平 ●●●●	令
2	●●●●●●●●●●●●●●●●	本人・妻	男	昭
	フリガナ チュウオウ ハナコ 中央 花子	子・夫 ()	女	平 ●●●●
3	●●●●●●●●●●●●●●●●	本人・妻	男	昭
	フリガナ チュウオウ イチロウ 中央 一郎	子・夫 ()	女	平 ●●●●
4		本人・妻	男	昭
	フリガナ	子・夫 ()	女	平 . .
5		本人・妻	男	昭
	フリガナ	子・夫 ()	女	平 . .

→ ※ 太枠内をご記入ください。

資格喪失理由

転出

県内

県外

社保加入

生活保護開始

死亡

その他
()

上記のとおり届けます。

令和 ●●年●●月●●日

住所： 中央市●●●●●●●● ←中央市以降の住所

世帯主 氏名： **中央 太郎**

個人番号 ●●●●●●●●●●●●●●●● ←世帯主の個人番号

住所： ●●●●●●●●

届出人 氏名： **中央 花子** ←窓口に来た方の名前

↓ 連絡のとれる電話番号

連絡先TEL (●●●) - (●●●●) - (●●●●)

還付 口座 記入欄	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は以下記入不要)		<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する	
	金融機関名		口座番号	
	本支店名		フリガナ 名義人	

※市役所使用欄

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