

# 国民健康保険被保険者資格喪失届・適用終了届

被保険者記号番号		014-		資格喪失年月日		平成 令和		年	月	日	
				適用終了年月日		平成 令和		年	月	日	
氏名		世帯主との続柄		生年月日		老介		資格喪失理由			
1	個人番号			昭 平 令	.	.			<input type="checkbox"/> 転出 転出先住所  <input type="checkbox"/> 県外 <input type="checkbox"/> 県内  <input type="checkbox"/> 「資格取得年月日確認書」発行  <input type="checkbox"/> 社保加入  <input type="checkbox"/> 生活保護開始  <input type="checkbox"/> 死亡  <input type="checkbox"/> その他 世帯喪失 一部喪失  滞納 有 無 精算済 納付書発行  還付 有 無  <input type="checkbox"/> 座廃止 要 不要		
	カガナ										
2	個人番号			昭 平 令	.	.					
	カガナ										
3	個人番号			昭 平 令	.	.					
	カガナ										
4	個人番号			昭 平 令	.	.					
	カガナ										
5	個人番号			昭 平 令	.	.					
	カガナ										
6	個人番号			昭 平 令	.	.					
	カガナ										
7	個人番号			昭 平 令	.	.					
	カガナ										
上記のとおり被保険者証を添えて届けます。  令和 年 月 日  世帯主 住所： 中央市 氏名： 個人番号  届出人 氏名：  連絡先Tel (       ) - (       ) - (       )								保険証回収 済 未 病院受診 有 無 薬局利用 有 無 医療費返還の説明 <input type="checkbox"/>			
金融機関名				口座番号							
本支店名				名義人							
備考											

子ども医療費  限度額証