

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者証 記号番号	由	資格喪失 年月日	年 月 日		
加入区分	一般・退職・混合	全部喪失	・ 一部喪失		
氏 名	生 年 月 日	介 護 2 号	資 格 喪 失 理 由		受 付 ・ ・
	個 人 番 号				
	年 月 日		転 出	転出日 年 月 日	
				転出先 市/区/町/村	
	年 月 日		他 保 加 入	健康保険加入日 年 月 日	保 険 証 返 還 ・ ・
				保険証の記号番号	
	年 月 日		生 活 保 護 開 始	生活保護開始年月日	
				年 月 日	
	年 月 日		出 生	出生年月日	
				年 月 日	
	年 月 日		死 亡		
	年 月 日		そ の 他		

上記のとおり届けます。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

世 帯 主

個人番号

電話番号 _____

由仁町長

様

記載例

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者証 記号番号	由 123456	資格喪失 年月日	年 月 日		
加入区分	一般・退職・混合	全部喪失	・ 一部喪失		
氏 名	生 年 月 日	介 護 2 号	資 格 喪 失 理 由	受 付 ..	
	個 人 番 号				
国保 太郎	○年 ○月 ○日		転 出	転出日 年 月 日	
	○○○○○○○○○○○○○○○○			転出先 市/区/町/村	
国保 二姫	○年 ○月 ○日		他 保 加 入	健康保険加入日 年 月 日	保 険 証 返 還 ..
	○○○○○○○○○○○○○○○○			保険証の記号番号	
	年 月 日		生 活 保 護 開 始	生活保護開始年月日 年 月 日	
	年 月 日		出 生	出生年月日 年 月 日	
	年 月 日		死 亡		
	年 月 日		そ の 他		

上記のとおり届けます。

○年 ○月 ○日

世 帯 主

住 所 **由仁町○○番地**

氏 名 **国保 一郎** 印※ ㊞

個人番号 **○○○○○○○○○○○○○○○○**

電話番号 **○○-○○○○**

由仁町長 様

※基本押印、世帯主直筆の場合省略可