

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者記号・番号		由			
喪失区分	全部喪失・一部喪失		資格喪失年月日	年 月 日	
氏 名	枝番	生 年 月 日		資格喪失理由	受 付 ・ ・
		個 人 番 号			
		年 月 日		転 出	転出日 年 月 日
		年 月 日		他 保 入 加 入	健康保険加入日 年 月 日
		年 月 日		生 活 保 護 開 始	生活保護開始年月日 年 月 日
		年 月 日		死 亡	年 月 日
		年 月 日		そ の 他	

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

世帯主 住 所 _____
 氏 名 _____
 個人番号 _____
 電話番号 _____

世帯主以外が届け出る場合（下記に☑がある場合のみ届出可能）
 上記の届出内容について、世帯主に承諾を得ている。

届出人 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____
 続 柄 _____ 同一世帯員 ・ その他 _____

※「その他」の場合は世帯主又は同一世帯員からの委任状が必要

由仁町長 様

※喪失者全員の健康保険の取得日がわかる書類（加入証明等）が必要です。

加入証明等～健康保険証、会社が発行する資格取得証明書

転出、生活保護開始、死亡は添付書類不要

第1号様式の2

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者記号・番号		由									
喪失区分	全部喪失・一部喪失		資格喪失年月日				年 月 日				
氏 名	枝番	生 年 月 日			資格喪失理由			受 付 ・ ・			
		個 人 番 号									
※ 国保 太郎	01	昭和 26 年 5 月 7 日			転 出	転出日 年 月 日					
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	転出先 市/区/町/村								
※ 国保 次郎	02	平成 2 年 6 月 8 日			他 保 加 入	健康保険加入日 令和 6 年 5 月 1 日			保険証 返 還 ・ ・		
		9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	被保険者等記号・番号 12345・6789								
		年 月 日			生活保 護 開 始	生活保護開始年月日 年 月 日					
		年 月 日				年 月 日					
		年 月 日			死 亡	年 月 日					
		年 月 日				年 月 日					
		年 月 日			そ の 他						
		年 月 日									

上記のとおり届け出ます。

○ 年 ○ 月 ○ 日

世帯主 住 所 由仁町○○番地
氏 名 国保 太郎
個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
電話番号 0 1 2 3 - 00 - 0000

世帯主以外が届け出る場合（下記に☑がある場合のみ届出可能）

上記の届出内容について、世帯主に承諾を得ている。

届出人 住 所 由仁町○○番地
氏 名 国保 次郎
電話番号 ○○○-○○○○-○○○○
続 柄 同一世帯員 ・ その他

※「その他」の場合は世帯主又は同一世帯員からの委任状が必要

由仁町長 様