

国民健康保険被保険者資格喪失届

以下ものを持参もしくは同封してください(郵送の場合②~④はコピー)
 ①国保の保険証 ②会社の保険証 ③身分証明書
 ④マイナンバーのわかるもの(世帯主および国保をやめる人)

太枠の部分に記載してください。

被保険者証番号		喪失区分		包括喪失・一部喪失	
		資格喪失年月日		年 月 日	
被保険者氏名		続柄	性別	生年月日	個人番号
1			男・女	昭令 平 年 月 日
2			男・女	昭令 平 年 月 日
3			男・女	昭令 平 年 月 日
4			男・女	昭令 平 年 月 日
5			男・女	昭令 平 年 月 日

左記のとおり届け出ます

年 月 日

【住所】
野々市市

【世帯主氏名・個人番号】

.....|.....|.....|.....|.....|.....

【連絡先(電話番号)】
携帯・自宅
〔□世帯主 □世帯員()〕

- -

野々市市長 粟 貴 章 あて

資格喪失事由	社会保険加入	1 証明書確認 2 勤務先(保険組合)確認 3 年金記録確認		
	保険者名	勤務先名	電話	
	保険者番号	勤務先所在地	取得日	本人(年 月 日) 家族(年 月 日)
	記号・番号	年金記録	備考	
	国保組合加入	1 証明書確認 2 勤務先(保険組合)確認		
	国保組合名	勤務先名	電話	
	国保組合番号	勤務先所在地	取得日	本人(年 月 日) 家族(年 月 日)
	記号・番号			
生活保護適用	1 福祉総務課確認 2 その他()			
その他				

※市処理欄

申請者名	□世帯主 □世帯員
身元確認	□運転免許証 □マイナンバーカード □国保及び社会保険証 □その他()
代理権の確認	□委任状 □本人の被保険者証 □その他()

※市処理欄

受付	保険証の回収	資格喪失後の受診	保険税の案内	個人番号の確認	過年度	備考
	月 日 回収	□なし □あり → □本人請求説明	□座：□月末振替 → □翌月精算 納付書：□還付先指定用紙を渡す □変更通知の翌月発送を案内 □変更納付書 期 円渡す	□住基情報 □通知カード □マイナンバーカード その他()	賦課要件 年度 □	□止 □督促 □催止