

# 国民健康保険被保険者資格喪失届

以下の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 国保 花子	妻	男・女 <b>女</b>	昭令平 60年 1月 1日	1 2 3 4   5 6 7 8   9 0 1 2	
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

令和●年 ●月 ●日

【住所】  
野々市市 三納一丁目1番地

【世帯主氏名・個人番号】  
国保 太郎

2 3 4 5 | 6 7 8 9 | 0 1 2 3

【連絡先(電話番号)】  
携帯・自宅  
〔世帯主 世帯員(妻)〕  
090 - 1234 - 5678

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	000-000-0000	
	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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 本人請求説明	<input type="checkbox"/> 座：□月末振替 → □翌月精算 納付書： <input type="checkbox"/> 還付先指定用紙を渡す <input type="checkbox"/> 変更通知の翌月発送を案内 <input type="checkbox"/> 変更納付書 期 円渡す	<input type="checkbox"/> 住基情報 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード その他( )	賦課要件 年度 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 止 <input type="checkbox"/> 督促 <input type="checkbox"/> 催止