

以下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国保の資格情報のお知らせ・資格確認書（いずれもお持ちの物）
- ②社会保険を取得したことがわかる書類
- 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）

国民健康保険被保険者資格喪失届

太枠の部分に記載してください。

世帯主宛名番号		喪失区分	包括喪失 ・ 一部喪失	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】 _____ _____ _____	
被保険者番号		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	_____
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 4 マイナポータル		
	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・枝番	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 3 マイナポータル		
	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・枝番				
	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					
申請者氏名		□世帯主 □世帯員			
身元確認		<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 2点(キャッシュカード/クレジットカード/通帳等) <input type="checkbox"/> その他()			
代理権の確認		<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の資格確認書等 その他()			

野々市市長 粟 貴 章 あて

※市処理欄

受付	回収	資格喪失後の受診	保険税の案内	個人番号の確認	全員	40歳以上	備考
	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格確認書 月 日 回収	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → □本人請求説明	<input type="checkbox"/> 座: □月末振替 → □翌月精算 納付書: □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 □通知カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード その他()	<input type="checkbox"/> 喪失者向けの チラシ渡す	<input type="checkbox"/> 特定健診未受診 の場合、喪失後受診 不可の旨説明 (4-10月まで)	<input type="checkbox"/> 止 <input type="checkbox"/> 督促 <input type="checkbox"/> 催止