

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）

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。

- 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）

世帯主宛名番号		喪失区分	包括喪失 ・ 一部喪失		
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	国保 花子	妻	男・女	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 栗 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 4 マイナポータル
	保険者名	勤務先名 ○×株式会社 電話 000-000-0000
	保険者番号	勤務先所在地 取得日 <input type="checkbox"/> 本人(年 月 日) <input type="checkbox"/> 家族(年 月 日)
	記号・番号・枝番	年金記録 備考
国保組合加入	国保組合名	1 証明書確認 2 勤務先(保険組合)確認 3 マイナポータル
	国保組合番号	勤務先名 電話
	記号・番号・枝番	勤務先所在地 取得日 <input type="checkbox"/> 本人(年 月 日) <input type="checkbox"/> 家族(年 月 日)
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 在留カード 2点(キャッシュカード/クレジットカード/通帳等) その他()

代理権の確認 委任状 本人の資格確認書等 その他()

※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 → <input type="checkbox"/> 本人請求説明	<input type="checkbox"/> 座: <input type="checkbox"/> 月末振替 → <input type="checkbox"/> 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()	<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