

国民健康保険被保険者資格喪失届

太枠内を記入してください

【記入例】

届出年月日	Today's date	(本日の日付)	(Year)	(Month)	(Day)										
			〇〇〇〇年	〇〇月	〇〇日										
世帯主氏名	Name (Head of the Household)	国保 太郎													
マイナンバー	Individual Number	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2		
電話番号	Phone number	(日中の連絡先)	03-3463-XXXX												
住所	Address in Shibuya	渋谷区 宇田川町1番1号 〇〇〇〇マンション101													

この欄には、住民票での世帯主氏名を記入します。

この欄には、国保をやめる人全員の氏名等を記入します。
※生年月日は和暦・西暦のどちらでも構いません。
※マイナンバーが分からない場合は省略可

氏名(国保をやめる人) Name (Leaving-NHI)	生年月日 Date of birth	続柄 Relationship	マイナンバー Individual Number	資格区分	回収
フリガナ コクホ タロウ 国保 太郎	A.D. (Year) (Month) (Day) 〇〇〇〇年 〇月 〇日	主	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	普主 被保	<input type="checkbox"/> 資格確認書回収済 回収 ・ 未回収 <input type="checkbox"/> 資格お知らせ回収
フリガナ コクホ ハナコ 国保 花子	A.D. (Year) (Month) (Day) 〇〇〇〇年 〇月 〇日	妻	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	普主 被保	<input type="checkbox"/> 資格確認書回収済 回収 ・ 未回収 <input type="checkbox"/> 資格お知らせ回収
フリガナ	A.D. (Year) (Month) (Day) 年 月 日			普主 被保	<input type="checkbox"/> 資格確認書回収済 回収 ・ 未回収 <input type="checkbox"/> 資格お知らせ回収
フリガナ	A.D. (Year) (Month) (Day) 年 月 日			普主 被保	<input type="checkbox"/> 資格確認書回収済 回収 ・ 未回収 <input type="checkbox"/> 資格お知らせ回収

届出人氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 上記世帯主と同じ	世帯主との関係	住所
			電話

本人確認書類	添付書類	受付審査	入力	確認
※届出人が上記世帯主以外の場合は、届出人氏名等を記入します。				
マイナンバー		名	受付窓口	

申立書(添付書類がない人の記入欄)

私は、現在、下記の健康保険に加入しています。

年 月 日に加入した社会保険等(入社日等) / /

☐ 全国健康保険協会()支部
☐ 健康保険組合・共済組合
(記号) (番号) **記入不要**
☐ 国民健康保険組合(国組)

勤務先名 TEL
☐ 電話による確認
担当者
☐ 年金得喪による確認
☐ 中間サーバによる確認
☐ 本人提示画面確認
社加入日 / /