

## 国民健康保険被保険者資格喪失届

## APPLICATION FOR TERMINATION OF NATIONAL HEALTH INSURANCE

届出年月日	Today's date	(本日の日付)	(Year) 年	(Month) 月	(Day) 日
世帯主氏名	Name (Head of the Household)				
マイナンバー	Individual Number	.....	.....	.....	.....
電話番号	Phone number	(日中の連絡先)			
住所	Address in Shibuya	渋谷区			

記号番号	1	3					
喪失の事由発生日	平成・令和						
資格喪失日	平成・令和						

喪失事由	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入	<input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 職権抹消 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 障害認定
------	--	---

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
1	フリガナ	A.D.(Year)	(Month)	(Day)	年 月 日	.....	.....	.....	普主 被保	<input type="checkbox"/> 資格確認書(保険証)回収済 回収・未回収 <input type="checkbox"/> 資格お知らせ回収
2	フリガナ	A.D.(Year)	(Month)	(Day)	年 月 日	.....	.....	.....	普主 被保	<input type="checkbox"/> 資格確認書(保険証)回収済 回収・未回収 <input type="checkbox"/> 資格お知らせ回収
3	フリガナ	A.D.(Year)	(Month)	(Day)	年 月 日	.....	.....	.....	普主 被保	<input type="checkbox"/> 資格確認書(保険証)回収済 回収・未回収 <input type="checkbox"/> 資格お知らせ回収
4	フリガナ	A.D.(Year)	(Month)	(Day)	年 月 日	.....	.....	.....	普主 被保	<input type="checkbox"/> 資格確認書(保険証)回収済 回収・未回収 <input type="checkbox"/> 資格お知らせ回収

届出人氏名	□上記世帯主と同じ	世帯主との関係	住所		
			電話		

申立書(添付書類がない人の記入欄)					
上記の者は、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 / / )					
<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会( )支部 <input type="checkbox"/> 健康保険組合・共済組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合(国組)					
勤務先名			TEL		
<input type="checkbox"/> 電話による確認 担当者 社保加入日 / /			<input type="checkbox"/> 年金得喪による確認 <input type="checkbox"/> 中間サーバによる確認 <input type="checkbox"/> 本人提示画面確認		

本人確認書類			添付書類		
担当者名	受付審査	入力	確認		
	受付窓口				
マイナンバーカード	パスポート	資格お知らせ			
運転免許証	在留カード	資格確認書			
資格確認書		保険証			