

国民健康保険資格喪失届 ※本枠内のみ記入してください

*太枠内のみ記入してください

(宛先) 大津市長
次のとおり届け出ます

届出日

(令和6年12月改訂)

受付 本庁 支所

記号番号	滋大
------	----

滋賀県大津市
連絡がとれる
電話番号

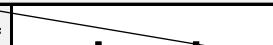
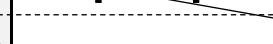
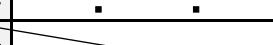
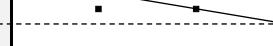
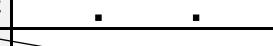
連絡がとれる 電話番号

届出人

世帯主 世帯員 代理人(委任状)

※マイナ保険証とは、健康保険証利用登録のされたマイナ
ンバーカードのことです。

異動者の氏名（フリガナ）		世帯主との続柄	性別	生年月日		職業	マイナ保険証※
				個人番号			
①	□届出人と同じ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	.	.	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 有(知) <input type="checkbox"/> 無(確)
②			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	.	.	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 有(知) <input type="checkbox"/> 無(確)
③			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	.	.	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 有(知) <input type="checkbox"/> 無(確)
④			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	.	.	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 有(知) <input type="checkbox"/> 無(確)
⑤			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	.	.	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 有(知) <input type="checkbox"/> 無(確)

国保資格		証情報
取得		<input type="checkbox"/> 交付
喪失		<input type="checkbox"/> 郵送
取得		<input type="checkbox"/> 交付
喪失		<input type="checkbox"/> 郵送
取得		<input type="checkbox"/> 交付
喪失		<input type="checkbox"/> 郵送
取得		<input type="checkbox"/> 交付
喪失		<input type="checkbox"/> 郵送
取得		<input type="checkbox"/> 交付
喪失		<input type="checkbox"/> 郵送

記号	□別添のとおり				
番号					
枝番	①	②	③	④	⑤
事業所名・保険者名					
保険者番号					
被保険者氏名					
資格取得日・扶養認定日					
資格喪失日					

□ 社保離脱
□ 国保組合離脱
□ 生活保護廃止
□ 後期非該当
□ 転入
□ 出生
□ その他取得

- 社保加入
- 国保組合加入
- 生活保護開始
- 後期該当
- 転出
- その他喪失

得喪年月日 確認	
<input type="checkbox"/> 保険証等	<input type="checkbox"/> 取得・喪失証明書
<input type="checkbox"/> 電話確認	
事業所名	
保険者名
担当者
電話番号
<input type="checkbox"/> その他 ()	

備 考 欄

事務確認欄			
受付	点検		
本人確認（□委任状） □有 □無	世帯メモ □無 □有→備考欄 所得申告 □有 □無→受付者へ 未納状況 □無 □有→収納係へ 特別療養等□無 □有→収納係へ		
年金手続□済 □不要 □未→備考欄	受付	入力	点検
所得申告□市申告 □簡易申告 □勧奨のみ			社保情報
未納状況対応→備考欄			連絡先

国民健康保険資格喪失届
※太枠内のみ記入してください

(宛先) 大津市長
次のとおり届け出ます

届出日
6.12.2

記入例

(太枠内はすべてご記入ください)

住所	滋賀県大津市 御陵町3番1号 国保マンション101号											
	連絡がとれる 電話番号 077 - 528 - 2751											
世帯主	国保 太郎											
	届出人 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人(委任状)											
	個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 同上											
届出人と異動者が同一の場合、チェックだけで構いません。												
①	コクホ タロウ		本人	男	S45	2	5	<input checked="" type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他	職業	マ	喪失	郵送
②	コクホ ハナコ		妻	女	S48	7	5	<input type="checkbox"/> 自営業 <input checked="" type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input checked="" type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他		事業所名・保険者名		
③	国保 次郎		子	男	H7	5	2	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input checked="" type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他		被保険者氏名		
④				男				<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他	取得	交付	資格取得日・扶養認定日	
⑤				女				<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他	喪失	郵送		
取得	備考欄											
<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国保組合離脱 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> 後期非該当 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他取得	異動者(国保を離脱する人)について、 氏名等をご記入ください。											
<input type="checkbox"/> その他喪失	電話番号	大津市御陵町3番1号 大津市役所 保険年金課 資格給付係										
<input type="checkbox"/> その他 ()												

※マイナ保険証とは、健康保険証利用登録のされたマイナンバーカードのことです。

世帯主と届出人が同一の場合、チェックだけで構いません。

個人番号(マイナンバー)を記載してください。

・必ず喪失される全員の社会保険の保険証・資格確認書・資格情報のお知らせのコピーを添付してください。

・国民健康保険証は返却願います。

提出先
〒520-8575
大津市御陵町3番1号
大津市役所 保険年金課 資格給付係

欄者へ
係へ
係へ
保情報

連絡先

受付	本庁
	支所
記号番号	滋大

社保情報
□別添のとおり
記号

① ② ③ ④ ⑤

事業所名・保険者名

被保険者氏名

資格取得日・扶養認定日