

茨木市 国民健康保険被保険者資格喪失届

(届出先)

茨木市長

申請者
氏名
(世帯主)

フリガナ

記入日 令和 年月日

受付

※自署の場合は押印不要です

個人番号

住所	茨木市 (かたがき) 例: ○○アパート・○○寮・○○荘・○○マンション	町 丁目	番 番地	号	電話 番号	自宅	072-	-
						世帯主 携帯	-	-

国保を脱退される方	氏名	生年月日	性別	続柄	個人番号
	フリガナ	昭和 平成 令和	男 女		
	①	.			
	フリガナ	昭和 平成 令和	男 女		
	②	.			
	フリガナ	昭和 平成 令和	男 女		
	③	.			
	フリガナ	昭和 平成 令和	男 女		
	④	.			
	フリガナ	昭和 平成 令和	男 女		
	⑤	.			
	フリガナ	昭和 平成 令和	男 女		
	⑥	.			

〈市使用欄〉

市受領日	令和 年月日
全喪	一喪
社保取得	他国保取得
国保喪失 年月日	令和 年月日
国保番号	
被保険者 証	一般
高齢受給者証	回収
回 収 日	令和 年月日
処理	納付書発行・還付
(備考)	精算 濟・未 葬祭費 支給・未支給

※新たに加入中の健康保険証（脱退される方全員分のコピー）を必ず添付してください。

※お手元にある本市国民健康保険証をお返しください。

※太枠のみご記入をお願いします。