

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	・	・
-----	---	---

(令和6年12月改訂)

受付	本庁
	支所

記号番号	滋大
------	----

社 保 情 報				
□別添のとおり				
記号				
番号				
枝番	①	②	③	④⑤
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				

住所	滋賀県大津市									
	連絡がとれる電話番号 — —									
世帯主	届出人									
	□ 世帯主 □ 世帯員 □ 代理人(委任状)									
個人番号										
異動者の氏名(フリガナ)										
世帯主との続柄										
性別										
生年月日										
個人番号										
職業										
マイナ保険証※										
国保資格										
証情報										
①	□ 届出人と同じ									
②										
③										
④										
⑤										

取得
□ 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

喪失
□ 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
□ 保険証等 □ 取得・喪失証明書
□ 電話確認
事業所名
保険者名
担当者
電話番号
□ その他 ()

備考欄

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

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)受付 本庁
支所

記号番号 滋大

社 保 情 報

□別添のとおり

記号

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												
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	届出人 同左												
	□ <input checked="" type="checkbox"/> 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。

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。

世帯主と届出人が同一の場合、チェックだけでも構いません。

個人番号(マイナンバー)を記載してください。

①	姓 名	本人	性別	生 年 月 日	職 業
①	コクホ タロウ	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	S45 . 2 . 5	<input checked="" type="checkbox"/> 自営業 □会社員 □パート・アルバイト □学生 □その他
②	コクホ ハナコ 国保 花子	妻	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	S48 . 7 . 5	<input type="checkbox"/> 自営業 □会社員 □パート・アルバイト □学生 <input checked="" type="checkbox"/> その他
③	コクホ ジロウ 国保 次郎	子	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	H7 . 5 . 2	<input type="checkbox"/> 自営業 □会社員 □パート・アルバイト <input checked="" type="checkbox"/> 学生 □その他
④			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 自営業 □会社員 □パート・アルバイト □学生 □その他
⑤			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 自営業 □会社員 □パート・アルバイト □学生 □その他

・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

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。

取得
<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

<input type="checkbox"/> その他喪失
電話番号
<input type="checkbox"/> その他 ()

備 考 欄

欄
者へ
係へ
係へ
情報
連絡先