

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	<div><input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入</div> <div><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</div>							

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)						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)						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)						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)						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	<input 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			担 当 者 名	受付審査	入力	確認
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				受付窓口	

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 / /)	
<div><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)</div>	
勤務先名	TEL
<input type="checkbox"/> 電話による確認	担当者
社保加入日 / /	<div><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</div>