

様式2

国民健康保険被保険者資格喪失届

太枠内を記入してください

【記入例】

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)	国保 太郎												
マイナンバー	Individual Number	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
電話番号	Phone number	(日中の連絡先)		03-3463-XXXX										
住所	Address in Shibuya	渋谷区 宇田川町1番1号 ○○○○マンション101												

この欄には、住民票での**世帯主氏名**を記入します。

この欄には、国保をやめる人**全員の氏名等**を記入します。

*生年月日は和暦・西暦のどちらでも構いません。
*マイナンバーが分からぬ場合は省略可

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 コクホ タロウ 国保 太郎	A.D.(Year) ○○○○年	(Month) ○月	(Day) ○日	主	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	普主 被保	<input type="checkbox"/> 資格確認書回収済 回収・未回収 <input type="checkbox"/> 資格お知らせ回収
2	フリガナ コクホ ハナコ 国保 花子	A.D.(Year) ○○○○年	(Month) ○月	(Day) ○日	妻	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	普主 被保	<input type="checkbox"/> 資格確認書回収済 回収・未回収 <input type="checkbox"/> 資格お知らせ回収
3	フリガナ	A.D.(Year) 年	(Month) 月	(Day) 日													普主 被保	<input type="checkbox"/> 資格確認書回収済 回収・未回収 <input type="checkbox"/> 資格お知らせ回収	
4	フリガナ	A.D.(Year) 年	(Month) 月	(Day) 日													普主 被保	<input type="checkbox"/> 資格確認書回収済 回収・未回収 <input type="checkbox"/> 資格お知らせ回収	

届出人氏名	<input checked="" 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	受付審査	入力	確認
マイナンバー	※届出人が上記世帯主以外のときは、届出人氏名等を記入します。			
運転免許証	運転免許証	運転免許証	運転免許証	運転免許証
			名	受付窓口

申立書(添付書類がない人の記入欄)

私は、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) / / /

全国健康保険協会()支部
健康保険組合・共済組合
(記号) (番号)

記入不要

勤務先名 TEL

□電話による確認 担当者

□年金受取による確認
□中間サーバによる確認
□本人提示画面確認

社保加入日 / / /