

粕屋町国民健康保険被保険者資格喪失届(ダウンロード様式)

記載のとおり届け出ます。

平成 年 月 日

世帯主

住所	粕屋町		
ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 ・
氏名	⑩		
個人番号		電話番号	

届出人 ※届出人が世帯主以外の場合に記入してください

住所			
ふりがな		世帯主との続柄	
氏名	⑩		
個人番号		電話番号	

事由発生日	平成 年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日
-------	----------	-------	----------

喪失の理由

<input type="checkbox"/> 転出	<input type="checkbox"/> 生保開始	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 医保加入
<input type="checkbox"/> 国組加入	<input type="checkbox"/> 年齢到達	<input type="checkbox"/> その他 ()	

資格喪失後受診	有()・無・不明		
更正通知 <input type="checkbox"/>	納付書 <input type="checkbox"/>	還付請求書 <input type="checkbox"/>	受付印
備考			

個人番号	ふりがな		性別	生年月日	世帯主との続柄	国民健康保険			公費医療		
	異動者氏名					種別	記号番号	保険証回収	種別	受給者番号	加入保険変更
			男・女	昭和・平成 ・		一般 前期 退職			乳 障 親		
			男・女	昭和・平成 ・		一般 前期 退職			乳 障 親		
			男・女	昭和・平成 ・		一般 前期 退職			乳 障 親		
			男・女	昭和・平成 ・		一般 前期 退職			乳 障 親		
			男・女	昭和・平成 ・		一般 前期 退職			乳 障 親		

※新しい健康保険証の写し、個人番号カード(又は通知カード)の写しを添付してください。
 ※国民健康保険証を返還してください。

宛名番号	世帯番号	受付者
------	------	-----

新しい健康保険証の写し、個人番号カード(又は通知カード)の写し貼付用シート

※全員分を添付してください。

【記入例】 ※太枠内の記入をお願いします。

粕屋町長 殿

粕屋町国民健康保険被保険者資格喪失届(ダウンロード様式)

記載のとおり届け出ます。

平成 28 年 1 月 1 日

この届書に記入した日

住所	粕屋町駕与丁一丁目1番1号 粕屋アパート101号		
ふりがな	かすや たろう	生年月日	明・大・昭・平
氏名	粕屋 太郎 ㊞		50・1・1
個人番号	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	電話番号	092-000-0000

届出人 ※届出人が世帯主以外の場合に記入してください

住所			
ふりがな		世帯主との続柄	
氏名			
個人番号		電話番号	

事由発生日	平成 年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日
-------	----------	-------	----------

喪失の理由

世帯主名を記入してください	<input type="checkbox"/> 保険開始	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 医保加入
	<input type="checkbox"/> 年齢到達	<input type="checkbox"/> その他 ()	

資格喪失後受診	有()・無・不明
更正通知 <input type="checkbox"/> 納付書 <input type="checkbox"/> 還付請求書 <input type="checkbox"/>	受付印
備考	

個人番号	ふりがな		性別	生年月日	世帯主との続柄	国民健康保険			公費医療		
	異動者氏名					種別	記号番号	保険証回収	種別	受給者番号	加入保険変更
7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	かすや たろう		男・女	昭和・平成 50・1・1	本人	一般			乳		
	粕屋 太郎					前期			障		
						退職			親		
8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	かすや はなこ		男・女	昭和・平成 53・2・2	妻	一般			乳		
	粕屋 花子					前期			障		
						退職			親		
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	かすや いちろう		男・女	昭和・平成 24・3・3	子	一般			乳		
	粕屋 一郎					前期			障		
						退職			親		
			男・女	昭和・平成 .		一般			乳		
						前期			障		
						退職			親		

国民健康保険の資格を喪失される方全員を記入してください