



## 貼付用シート

- ①新しい健康保険証のコピー(対象者全員分)
- ②個人番号カード又は通知カードのコピー(世帯主・対象者全員分)
- ③運転免許証など本人確認書類のコピー(届出者分)

※対象者全員分の国民健康保険証(原本)を同封してください。

【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。

令和 元 年 5 月 10 日

この届書を郵送した日を記入してください

世帯主

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・ <b>昭</b> ・平・令
氏名	粕屋 太郎		60・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

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

世帯主の情報を記入してください

<input type="checkbox"/> 世帯主開始	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 医保加入
<input type="checkbox"/> 転出 (転確日: )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

届出人 ※届出人が世帯主以外の場合に記入してください(別世帯の方は委任状が必要です)

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 はなこ	世帯主との続柄	妻
氏名	粕屋 花子		
	電話番号	090-0000-0000	

資格喪失後受診	有( )・無・不明
---------	-----------

届出者の情報を記入してください

還付請求書(済・郵送)	受付印
-------------	-----

個人番号	ふりがな		続柄	性別	生年月日	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	保険変更
7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	かすや たろう	粕屋 太郎	本人	男	昭・平・令 60 年 1 月 1 日	一般			子		有・無
8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	かすや はなこ	粕屋 花子	妻	女	昭・平・令 62 年 2 月 2 日	前期			子		有・無
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	かすや いちろう	粕屋 一郎	子	男	昭・平・令 元 年 5 月 2 日	退職			子		有・無
				男・女	S・H 年 月 日	一般			子		有・無
				男・女	S・H 年 月 日	前期			子		有・無
				男・女	S・H 年 月 日	退職			子		有・無

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