

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)

粕屋町長 殿

令和 年 月 日 記載のとおり届け出ます。

事由発生年月日	令和 年 月 日
資格喪失年月日	令和 年 月 日

世帯主

住所	粕屋町		
ふりがな		生年月日	昭・平・令
氏名			.
個人番号		電話番号	

喪失の理由

<input type="checkbox"/> 転出 (転確日:)	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 生保開始
<input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入 <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			
ふりがな		世帯主との続柄	
氏名			
		電話番号	

資格喪失後の 受診確認	電話連絡 済・未 有・無・不明	病院名・受診日・社保証の提示確認(提示日・連絡済・未)
	不当利得 承諾書	
確認事項	更正通知(手渡・郵送・月次) 納付書 還付請求書(受・郵送・既有/口振)	受付印
備考		

個人番号	ふりがな 異動者氏名	生年月日	国民健康保険			公費医療		
			種別	記号番号	回収	種別	受給者番号	処理
		昭・平・令 年 月 日	一般前期		/	子		入力
					返信用封筒	障		コピー
					書き換え	親		別紙
		昭・平・令 年 月 日	一般前期		/	子		入力
					返信用封筒	障		コピー
					書き換え	親		別紙
		昭・平・令 年 月 日	一般前期		/	子		入力
					返信用封筒	障		コピー
					書き換え	親		別紙
		昭・平・令 年 月 日	一般前期		/	子		入力
					返信用封筒	障		コピー
					書き換え	親		別紙
		昭・平・令 年 月 日	一般前期		/	子		入力
					返信用封筒	障		コピー
					書き換え	親		別紙

※次のページに、添付書類を貼付してください。
 ※国民健康保険証または資格確認書を返還してください。

宛名番号		受付者	
------	--	-----	--

貼付用シート

- ①勤務先(保険者)から受け取った**資格情報のお知らせ又は資格確認書(対象者全員分)のコピー**
- ②マイナンバーカード又は**通知カードのコピー(世帯主・対象者全員分)**
- ③マイナンバーカード、**運転免許証など本人確認書類のコピー(届出者分)**

※「国民健康保険証・資格情報のお知らせ・資格確認書」のいずれかを粕屋町から発行しておりますので、対象者全員分(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。

粕屋町国民健康保険被保険者資格喪失届(ダウンロード様式)

粕屋町長 殿

令和 6 年 12 月 2 日

郵送した日を記入してください

事由発生年月日	令和 年 月 日
資格喪失年月日	令和 年 月 日

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	昭・平・令 60・1・1
氏名	粕屋 太郎	電話番号	092-000-0000
個人番号	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	電話番号	092-000-0000

世帯主の情報を記入してください

<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国組加入 <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

届出者の情報を記入してください

資格喪失後の受診確認	電話連絡 済・未 有・無・不明	病院名・受診日・社保証の提示確認(提示日・連絡済・未)
備考	返付請求書(受・郵送・既有/口振)	納付書 受付印

個人番号	ふりがな	生年月日
	異動者氏名	
7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	かすや たろう 粕屋 太郎	昭・平・令 60 年 1 月 1 日
8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	かすや はなこ 粕屋 花子	昭・平・令 62 年 2 月 2 日
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	かすや いちろう 粕屋 一郎	昭・平・令 元 年 5 月 2 日
		昭・平・令 年 月 日
		昭・平・令 年 月 日

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

国民健康保険			公費医療		
種別	記号番号	回収	種別	受給者番号	処理
一般前期		/	子		入力
		返信用封筒	障		コピー
		書き換え	親		別紙
一般前期		/	子		入力
		返信用封筒	障		コピー
		書き換え	親		別紙
一般前期		/	子		入力
		返信用封筒	障		コピー
		書き換え	親		別紙