

国民健康保険被保険者資格喪失届

葉山町長 殿

★ 太枠内をご記入ください。

届出日

令和 年 月 日

受付番号

世帯主	住所	葉山町											
	氏名						電話番号	- -					
	生年月日	明大	.	.	(歳)	マイナンバー (個人番号)							
	<input type="checkbox"/> 世帯主の資格喪失を届け出ます。 <input type="checkbox"/> 世帯主の資格状況は変更しません。												

世帯主と届出人が異なる場合、ご記入ください。													
届出人	氏名						電話番号	- -					
	<input type="checkbox"/> 届出人の資格喪失を届け出ます。 <input type="checkbox"/> 届出人の資格状況は変更しません。 <small>(喪失する場合のみ、生年月日・個人番号欄もご記入ください。)</small>												
	生年月日	明大	.	.	(歳)	マイナンバー (個人番号)							

世帯主や届出人以外に資格喪失対象者がいる場合、ご記入ください。												
資格喪失対象者		氏名	生年月日			マイナンバー(個人番号)						
	1		昭平令	.	.	(歳)						
	2		昭平令	.	.	(歳)						
	3		昭平令	.	.	(歳)						
	4		昭平令	.	.	(歳)						
	5		昭平令	.	.	(歳)						

新保険者情報

記号番号	
保険者番号	
事業所名	
住所	
メモ	

記号番号	51-						
区分	<input type="checkbox"/> 全部	<input type="checkbox"/> 一部					
喪失日	平成	年	月	日			
喪失理由	<input type="checkbox"/> 転出	<input type="checkbox"/> 死亡					
	<input type="checkbox"/> 社保加入	<input type="checkbox"/> 国組加入					
	<input type="checkbox"/> 生保開始	<input type="checkbox"/> その他					
確認事項	<input type="checkbox"/> 証回収	<input type="checkbox"/> 口座振替					
	<input type="checkbox"/> 短期証	<input type="checkbox"/> 未納					
	<input type="checkbox"/> 還付						
15歳以下	<input type="checkbox"/> 子ども育成課への案内						