

国民健康保険被保険者資格喪失届

●太枠内に正確にご記入ください。※印は記入しないでください。

喪失区分	① 全部	被保険者証 の記号番号	1234 - 012340		決	理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	担 当 者	決 裁 年 月 日	処 入 力 照 合	理	
	2 一部		平成 年 月 日	裁									
被保険者資格を喪失する者の氏名		組合員との続柄	生 年 月 日	資格喪失年月日	資格喪失事由	※ 証 回 収 区 分		備 考					
1	(氏) 国保	(名) 一郎	本人 大昭平 45・9・28	平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()							
2	(氏) 国保	(名) 花子	妻 大昭平 46・2・25	平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()							
3	(氏) 国保	(名) 健一	子 大昭平 2・7・21	平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()							
4	(氏)	(名)	大昭平 . .	平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()							
5	(氏)	(名)	大昭平 . .	平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()							
6	(氏)	(名)	大昭平 . .	平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()							
7	(氏)	(名)	大昭平 . .	平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他 ()							
脱退の理由		該当する番号を○で囲んでください。 1. 社会保険加入 2. 生活保護開始 3. 死 亡 ④ 市町村国保加入 5. 国保組合加入 6. 別居(結婚等) 7. 資格区分変更 8. 事業所退職 9. その他 ()						※ 保 険 証 等 回 収		※未回収保険証等			
支部記入欄		※ 1. 保険料は 月分まで収納済 2. 資格喪失者は、全部・一部 (名)		支部確認者 ※ ④		※資格喪失証明書発行		有 ・ 無					
上記のとおり関係書類を添えて届けます。 住 所 名古屋市北区清水五丁目6番9号										本部受付欄		支部受付欄	
平成 22 年 4 月 20 日 組合員(申請者)氏 名 国保一郎 ④										本部受付印		支部受付印	
愛知建連国民健康保険組合理事長 殿 電話番号 (052) 982 - 5736													

記入にあたっては裏面をよく読んで記入してください。