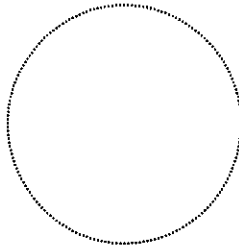


国民健康保険適用終了届



届出 年月日	令和 年 月 日	電話番号
届出人 (証受領)		

被保険者番号	
--------	--

世帯主 住所	明和町大字	世帯主 氏名	フリガナ	世帯主個人番号	男 ・ 女	大・昭・平 . .

	資格喪失となる者の氏名	資格喪失となる者の個人番号	世帯主から みた続柄	性別	適用終了年月日	回 収	備 考
1				男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 返信用 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	
2				男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 返信用 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	
3				男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 返信用 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	
4				男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 返信用 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	
5				男・女	年 月 日	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 返信用 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	

喪失 区分	包括 減員	普主 擬主	転 出	年 月 日	転出先	<input type="checkbox"/> 不正利得 <input type="checkbox"/> 福祉医療 <input type="checkbox"/> 非自発・旧国・旧被扶 産前産後・その他 () <input type="checkbox"/> 同日得喪
			社保加入	年 月 日		
			国組加入	年 月 日		
			生保開始	年 月 日		
			死 亡	年 月 日		
			後期高齢取得	年 月 日		
			職権喪失処理	年 月 日		
			その他	年 月 日		
		世帯合併 世帯分離 世帯変更 転居	大字	世帯主	記号番号	番地
入力	確認	課税				

【 本人確認 】

- 1点 マイナンバーカード 免許証 運転経歴証明書
障害者手帳 療育手帳 パスポート 在留カード
- 2点 資格確認書 介護保険証 年金手帳・証書 精神障害者手帳
官公庁発行の郵便 公共料金領収書 異動届
その他 ()

職権記載

- 持参なし 本人拒否 その他

【 個人番号確認 】

- マイナンバーカード
個人番号通知カード
その他
()