

# 国民健康保険被保険者資格 喪失 届書

令和 年 月 日

伊予市長

世帯主 住所 伊予市

氏名

電話番号

次のとおり届出します。

被保険者証の 記号番号						資格 取得 喪失 年月日	平・令 年 月 日
喪失 加入 した 保険証記号番号	記号	番号				左の 喪失 加入 年月日	平・令 年 月 日
保険者名称 (保険者番号)	(保険者番号)				被保険者氏名		
事業所名称					事業所の 所在地		
フリガナ 氏名	性別	世帯主 との続柄	生 年 月 日 個 人 番 号			宛名番号	取得 理由 喪失
1	男女	普・擬 世帯主	西暦・大・昭・平・令 年 月 日				社会保険 <input type="checkbox"/> 離 脱 <input type="checkbox"/> 加 入 生活保護 <input type="checkbox"/> 廃 止 <input type="checkbox"/> 開 始 国保組合 <input type="checkbox"/> 脱 退 <input type="checkbox"/> 加 入 後期高齢 <input type="checkbox"/> 脱 退 <input type="checkbox"/> 加 入 その他 ( )
2	男女		西暦・大・昭・平・令 年 月 日				
3	男女		西暦・大・昭・平・令 年 月 日				
4	男女		西暦・大・昭・平・令 年 月 日				
5	男女		西暦・大・昭・平・令 年 月 日				
						加入区分	
						<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 追加	
						喪失区分	
						<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部	

世帯 番号						被保証	交付 ( . . )	回収 ( . . )	誓・未
国保増減		特定疾病	限・減認定	高額区分	世帯区分	前期高齢	負担割合	備考	
世帯	人数								
					普 擬				
子・ひ・重	学・遠・福	届出人本人確認							
		免許証・保険証・マイナンバーカード その他( )							

受付印

受診状況等	収 納
受診 あり・なし	

決 裁	課 長	課長補佐	担 当	国保税担当	入力確認	入 力	受 付