

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。

被保険者番号								資格 喪失 年 月 日	平・令 年 月 日
加入 した 健康保険記号番号	記号		番号					左の 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				マイナンバーカードの 保険証利用登録の有無 (資格喪失時は☑不要)	宛名番号
1		男 女	普・擬 世帯主	西暦・大・昭・平・令 年 月 日				☐有 ☐無	
2		男 女		西暦・大・昭・平・令 年 月 日				☐有 ☐無	
3		男 女		西暦・大・昭・平・令 年 月 日				☐有 ☐無	
4		男 女		西暦・大・昭・平・令 年 月 日				☐有 ☐無	
5		男 女		西暦・大・昭・平・令 年 月 日				☐有 ☐無	

世帯 番号								資格確認書 資格情報のお知らせ	交付 (. .) 回収 (. .) 誓・未
国保増減 世 帯 人 数		高額区分	世帯区分	子・ひ・重	届出人本人確認				
			普 擬		免許証・マイナンバーカード・保険証 その他()				
取得 理由 喪失	社会保険 ☐離脱 ☐加入	生活保護 ☐廃止 ☐開始	国保組合 ☐脱退 ☐加入	後期高齢 ☐脱退 ☐加入	その他 ()	加入区分 ☐新規 ☐追加			
						喪失区分 ☐全部 ☐一部			
受診状況等			備考						
受診 あり・なし									

決 裁	課 長	課長補佐	担 当	国税税担当	入力確認	入 力	受 付

受付印