

決 裁	課長	課長補佐	係長	主査	係	受付

国民健康保険被保険者資格喪失届

- 資格喪失
 包括喪失

記号	61	番号				
被保険者名		性別	世帯主との続柄	生年月日		※記入しないでください
1		男女		昭平	年 月 日	一般 前期退職
2		男女		昭平	年 月 日	一般 前期退職
3		男女		昭平	年 月 日	一般 前期退職
4		男女		昭平	年 月 日	一般 前期退職
5		男女		昭平	年 月 日	一般 前期退職
6		男女		昭平	年 月 日	一般 前期退職

資格喪失事由	<input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 死亡 (※ 葬祭費申請 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 国組加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 (※ 生保承諾書 <input type="checkbox"/>) <small>(※喪失日は事由発生日と同日) (※喪失日は事由発生日と同日)</small> <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他 ()
--------	---

事由発生日	平成 年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日
-------	----------	-------	----------

上記のとおり届け出ます。

平成 年 月 日

世帯主 住所 粕屋町

氏名 _____ (印)

届出人 住所 _____

届出人が世帯主本人の場合は、電話番号のみ記入してください

氏名 _____ (印) (続柄 _____)

電話番号 _____

粕屋町長殿

※記入しないでください

世帯コード		住民コード		電算入力		
特定健診確認	<input type="checkbox"/>	督促不可確認	<input type="checkbox"/>	口振確認	<input type="checkbox"/>	
資格喪失後受診	有 () ・ 無 ・ 不明				収納	<input type="checkbox"/>