

# 国民健康保険被保険者 資格喪失届

四国中央市長 様

年 月 日

被保険者証 番号		届出人氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主  世帯主との続柄( )
住所	<input type="checkbox"/> 四国中央市  方書 <small>(アパート等の名称 および居室番号)</small>		電話番号
No.	ふりがな 被保険者氏名	生年月日	続柄
世帯主		大昭 平令 .	本人
2		昭和 平成 令和 .	員
3		昭和 平成 令和 .	員
4		昭和 平成 令和 .	員
5		昭和 平成 令和 .	員
6		昭和 平成 令和 .	員
			資格 枝番
			適用終了日
			福祉医療
			保険証
			母・乳・心
			回収・未回収
			個人番号

処	喪失事由	本人確認	備考欄
理事事項			
確認事項			

・免許証  
・マイナンバーカード  
・パスポート  
・その他( )

資格喪失後受診  
(社保取得日以降に受診がある場合は資格係へ確認)

賦課更正通知  
(世帯全員が資格喪失した場合は賦課係へ確認)

滞納  
(ありの場合は収納係へ確認)

健診確認  
(資格喪失後に健診を受けていれば健診係へ確認 ※40歳以上の方)

確認欄	入	力	画	像	資	格	給	付	賦	課	収	納	健	診	医	療	後	期
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

記入例

国民健康保険被保険者 資格喪失届

赤字部分を参考にご記入ください。

四国中央市長 様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

被保険者証番号	00000000	届出人氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主 ※世帯主ではないときは 氏名・続柄を記入 世帯主との続柄( ※ )		
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 四国中央市 三島宮川4丁目6番55号			電話番号	
	方書 <small>(アパート等の名称および居室番号)</small>				000-0000-0000
1	ふりがな 被保険者氏名 しこく たろう 四国 太郎	生年月日 大昭 平成 S40・4・1	① 世帯主 の氏名・生年月日・個人番号を記入		
2	しこく はなこ 四国 花子	昭和 平成 令和 S40・4・1	妻	員	個人番号 0000 0000 0000
3	しこく いちろう 四国 一郎	昭和 平成 令和 H15・4・1	子	員	個人番号 0000 0000 0000
4		昭和 平成 令和		員	個人番号
5		昭和 平成 令和		員	個人番号
6		昭和 平成 令和		員	個人番号

② 国保資格を喪失される方の氏名・生年月日・個人番号を記入

処	喪失事由	本
理	転社保加入 生保開始 擬主喪失 組合加入 後期該当 後期認定 その他喪失	・免許証 ・マイナンバーカード ・パスポート ・その他( )
事	<input type="checkbox"/> 資格喪失後受診 (社保取得日以降に受診がある場合は資格係へ確認)	
項	<input type="checkbox"/> 賦課更正通知 (世帯全員が資格喪失した場合は賦課係へ確認)	
	<input type="checkbox"/> 滞納 (ありの場合は収納係へ確認)	
	<input type="checkbox"/> 健診確認 (資格喪失後に検診を受けていれば検診係へ確認 ※40歳以上の方)	

確認欄	入力	画像	資格	給付	賦課	収納	健診	医療	後期
-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----