

国民健康保険 被保険者資格喪失届

四国中央市長 様

令和 年 月 日

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

処理事項	喪失事由 ・ 転社保加入 ・ 生保開始 ・ 擬保喪失 ・ 組合喪失 ・ 後期加入 ・ 後期認定 ・ その他喪失	本人確認 ・ マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ パスポート ・ その他()	備考欄
確認事項	<input type="checkbox"/> 資格喪失後受診あり <input type="checkbox"/> 受診なし <small>(社保取得日以降に受診したときは資格担当へ)</small> <input type="checkbox"/> 賦課更正通知 確認済 <small>(世帯全員が資格喪失した場合は賦課担当へ)</small> <input type="checkbox"/> 滞納状況 <input type="checkbox"/> 滞納あり <input type="checkbox"/> 滞納なし <small>(滞納あるときは収納係へ)</small> <input type="checkbox"/> 検診 <input type="checkbox"/> 受診あり <input type="checkbox"/> 受診なし <small>(資格喪失後に受診あれば保健担当へ確認 ※40歳以上)</small>		

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

記入例

国民健康保険 被保険者資格喪失届

四国中央市長 様

赤字部分を参考にご記入ください。

令和〇年〇月〇日

①

①

提出日を記入

<住所>

世帯主の住民登録上の住所

<電話番号>

日中に連絡が取れる番号（世帯主か届出人）

被保険者証番号	1 2 3 4 5 6 7 8	届出人氏名	四国 太郎
世帯主住所	<input checked="" type="checkbox"/> 四国中央市 三島宮川4丁目6番55号 方書〔アパート等の名称および居室番号〕		世帯主との続柄(本人)
		電話番号	000-0000-0000

No.	ふりがな 被保険者氏名	生年月日	続柄	資格 枝番	適用終了日	福祉医療	保費
1	しこく たろう 四国 太郎	昭 平 令 S40・4・1	本人	主・擬	・	母・乳・心	回収・未回収
					個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2	
2	しこく はなこ 四国 花子	昭 平 令 S40・4・1	妻	員	・	母・乳・心	回収・未回収
					個人番号	9 9 9 9 8 8 8 8 7 7 7 7	
3	しこく いちろう 四国 一郎	昭 平 令 H15・4・1	子	員	・	母・乳・心	回収・未回収
					個人番号	1 1 1 1 2 2 2 2 3 3 3 3	
4		昭 平 令 ・		員	・	母・乳・心	回収・未回収
					個人番号		
5		昭 平 令 ・		員	・	母・乳・心	回収・未回収
					個人番号		
6		昭 平 令 ・		員	・	母・乳・心	回収・未回収
					個人番号		

②

「世帯主」欄は資格喪失とならない場合でも記入

2以降に、国保の資格喪失となる方全員の氏名、生年月日、続柄、個人番号(マイナンバー)を記入

処理事項	喪失事由	本人確認	備考欄
出	・ 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	・ マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ パスポート ・ その他()	
確認事項	<資格喪失後受診> <input type="checkbox"/> 受診あり <input type="checkbox"/> 受診なし (社保取得日以降に受診したときは資格担当へ) <賦課更正通知> <input type="checkbox"/> 確認済 (世帯全員が資格喪失した場合は賦課担当へ) <滞納状況> <input type="checkbox"/> 滞納あり <input type="checkbox"/> 滞納なし (滞納あるときは収納係へ) <検診> <input type="checkbox"/> 受診あり <input type="checkbox"/> 受診なし (資格喪失後に受診あれば保健担当へ確認 ※40歳以上)		

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