

(宛先)長野市長 ※赤枠の中だけ記入してください。

国民健康保険資格喪失届

TERMINATION OF NATIONAL HEALTH INSURANCE

給付へコピー済み スキャナー済み 枚中の 枚
 収納へコピー済み 被保険者証明書

届出日 (Date of notification)		令和	年	月	日
届出人氏名 (Name of notifier)		世帯主名 (Name of head of household) <small>(届出人が世帯主の場合記入不要)</small>			
世帯主との続柄 本人・夫・妻・子・() <small>(Relationship with head of household)</small>		個人番号			
(Address)	長野市				
	〒 方書き (アパート名など)				
	電話 (Phone number) — —				
国民健康保険を脱退する人 (Person withdrawing from National Health Insurance)	氏名 (Name)		生年月日 (Date of birth)	世帯主との続柄	
	(フリガナ)		昭・平・令	本人・夫 Self Husband	
	個人番号		・	妻・子 Wife Child	
	外国籍の人 通称名 (Commonly known name in Japan)		()		
	福祉医療		有		
(フリガナ)		昭・平・令	本人・夫 Self Husband		
個人番号		・	妻・子 Wife Child		
外国籍の人 通称名 (Commonly known name in Japan)		()			
福祉医療		有			
(フリガナ)		昭・平・令	本人・夫 Self Husband		
個人番号		・	妻・子 Wife Child		
外国籍の人 通称名 (Commonly known name in Japan)		()			
福祉医療		有			
(フリガナ)		昭・平・令	本人・夫 Self Husband		
個人番号		・	妻・子 Wife Child		
外国籍の人 通称名 (Commonly known name in Japan)		()			
福祉医療		有			
納付状況		口座止め (未・済)	督促	催告	国保番号
現金・口座 月期まで済					
国保		資格喪失日	窓口 回取 警約	郵送	被保険者証
全部 一部	普通 擬制	社保 加入	国保 組合	職権 喪失	生保 開始
					その他 喪失
					後期 到達
送交		資格審査	端末入力	訂正入力	データチェック
あり・なし		/	/	/	
CW署名or印		生保開始年月日		年 月 日	
見込額		円		月期	
備考		遡及更正：有			
個人番号確認		1.個人番号カード 2.通知カード等 3.画面 4.その他 ()			
本人・代理人確認		1.運転免許証 2.パスポート 3.被保険者証 4.個人番号カード 5.その他 ()			
会社名		担当者			
健康保険証		記号	番号		
資格取得年月日		平成・令和 年 月 日			
保険者・組合名		年金事務所・国保組合・けんぽ協会 組合・支部・共済組合			
被保険者名		電話番号 — —			
被扶養者	氏名		続柄	認定年月日	
				平成 令和	年 月 日
				平成 令和	年 月 日
				平成 令和	年 月 日

受付者： 受付場所： 国・篠・松・穂・川・更・七・信・古・柳・浅・豆・朝・槻・長・安・小・芋・豊・戸・鬼・岡・芹・牧・三・吉・新・中 (202303)