

国民健康保険喪失届出書

山都町長 様

下記のとおり届出いたします。

記入日： 令和 年 月 日

届出人	住 所	
	氏 名	
	電話番号	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 代理人()	

国民健康保険証の記号番号	山都
世帯主氏名	

国民健康保険をやめる人			
1	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	昭和・平成	年 月 日
	性 別	男・女	世帯主との続柄
2	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	昭和・平成	年 月 日
	性 別	男・女	世帯主との続柄
3	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	昭和・平成	年 月 日
	性 別	男・女	世帯主との続柄
4	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	昭和・平成	年 月 日
	性 別	男・女	世帯主との続柄
5	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	昭和・平成	年 月 日
	性 別	男・女	世帯主との続柄
喪失事由	※該当するものに☑して下さい <input type="checkbox"/> 他保険加入(社会保険等) <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> その他()		

- 現在お持ちの国民健康保険証及び限度額認定証は必ず返却下さい。
- 他の健康保険に加入した方全員の健康保険証の写しを添付して下さい。
- 生活保護開始の方は、生活保護開始日がわかる書類(保護決定通知等)を添付して下さい。
- その他の喪失事由に該当する方は、喪失日がわかる書類を添付して下さい。
- 本人確認のできる顔写真付きの身分証明書(運転免許証・マイナンバーカード等)の写しを添付してください。