

国民健康保険被保険者資格喪失・適用終了届記載例

様式第1の2（第2条関係）

国民健康保険被保険者資格喪失・適用終了届

令和 年 月 日

(宛先) 津島市長

世帯主 住 所 津島市立込町2丁目21番地

世帯主の住所・氏名・
個人番号・電話番号を
記入してください

氏 名 津島太郎

個人番号 0123 4567 8910

電 話 (0567) 24 - 1111

次のとおり被保険者の資格を喪失・適用を終了したので届け出ます。

届出区分	<input type="checkbox"/> 資格喪失（全部・一部） <input type="checkbox"/> 適用終了（全部・一部）	喪失・終了年月日	平成・令和 年 月 日
		被保険者記号・番号	
被保険者資格証明書の交付の有無	有 ・ 無 （記号番号）		
転出後住所での世帯構成変更の有無	・世帯主変更（有 ・ 無） ・世帯員変更（有 ・ 無）		

資格喪失・適用終了した者	現住所		前住所			
	氏名	生年月日	性別	世帯主との続柄	個人番号	職業
	フリガナ ツシマ タロウ 津島太郎	昭和・平成50年1月1日	男・女	本人	同上	
	ツシマ ハナコ 津島花子	昭和・平成15年12月31日	男・女	子	1234 5678 9012	
		昭和・平成 年 月 日	男・女			
		昭和・平成 年 月 日				
		昭和・平成 年 月 日				
		昭和・平成 年 月 日	男・女			

国民健康保険を抜ける方の氏名・
生年月日・性別・世帯主との続柄・個
人番号を記入してください

理 由	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 健保等加入	備 考 欄	受診（有 ・ 無）
	<input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 国保組合加入 <input type="checkbox"/> 職権削除 <input type="checkbox"/> その他（ ）		本人請求説明（済 ・ 未済） 特定健診受診（有 ・ 無）

記入者	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主住所と同じ
<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	氏名	世帯主との続柄（ ）電話（ ） -

保険証	回収	未回収	訂正	本人確認	<input type="checkbox"/> 学 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> その他
-----	----	-----	----	------	---

この届出を記入いただいている方の住所・
氏名・世帯主との続柄・電話番号を記入し
てください

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。