

国民健康保険被保険者資格喪失届					喪失
国 保 番 号	奈7				
喪 失 区 分	全部	一部	擬制	適用終了年月日	

届 出 日 令 和 年 月 日

住 所	五條市			世帯主氏名			
個人番号	TEL		世帯主の 生年月日	大 昭 平 令	年 月 日		
国保喪失する方の氏名		生年月日	続柄	個人番号	資格喪失の理由		
1		昭 平 令 . .			1.社会保険加入		
2		昭 平 令 . .			2.他国保加入		
3		昭 平 令 . .			3.生活保護開始 (年 月 日)		
4		昭 平 令 . .			4.後期加入 (年 月 日)		
5		昭 平 令 . .			5.職 権 抹 消		
6		昭 平 令 . .			6. そ の 他		

私は、民法第703条の規定に基づき、五條市国民健康保険被保険者資格喪失後の医療機関受診により発生
する返還金の請求について、返還することに同意します。

氏 名 _____

新たに加入した社会保険(他 国 保)

加入年月日	令和 年 月 日	事業所名称	
保 險 証 記号・番号	記号 番号 —	事 業 所 所 在 地	
保 險 者 番 号		本・扶別	本 人・扶 養()

※以下保険年金課記入欄

資格確認書 ・資格情報のお知らせ 回収		☐ 回収 ☐ 破棄依頼
保険者登録		
税額更正	即時更正 ☐ 必要 ☐ 不要	
	[必要な場合] 更正通知 ☐ 窓口交付 ☐ 郵送	
課税区分 再判定	高齢証	差替え (☐ 必要 ☐ 不要)
	限度額適用認定証	差替え (☐ 必要 ☐ 不要)
	[必要な場合]	☐ 窓口交付 ☐ 郵送
福祉医療係引継ぎ		

本人確認(届出人)	
☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 手帳 ☐ その他()	
世帯主 ・ 世帯員	様
代理人	様
確認者	