

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	令和 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	
保険証記号・番号	記号 - 番号	事業所在地	
保険者番号		本・扶別	本人・扶養()

※以下保険年金課記入欄

被保険者証・高齢証回収	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 破棄依頼
保険者登録	
税額更正	即時更正 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
	[必要な場合] 更正通知 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送
課税区分再判定	高齢証 差替え (<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要)
	限度額適用認定証 差替え (<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要)
	[必要な場合] <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送
福祉医療係引継ぎ	

本人確認(届出人)	
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証
<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 手帳
<input type="checkbox"/> その他()	
世帯主・世帯員	様
代理人	様
確認者	