

記入例

| | | | | | |
|-----------------|----|----|----|---------|--|
| 国民健康保険被保険者資格喪失届 | | | | | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;">喪失</div> |
| 国保番号 | 奈7 | | | | |
| 喪失区分 | 全部 | 一部 | 擬制 | 適用終了年月日 | |

必ず記名してください。(個人番号は記入不要です。)

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 |

社会保険に加入された方全員のお名前を記入してください。

| 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 |
|------------|---------|----|------|-------------------|
| | 昭平令 . . | | | 1. 社会保険加入 |
| | 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 . . | | | |

社会保険証のコピーを添付出来ない場合は、必ずこの欄の記入をお願いします。

| | | | |
|------------------|----------|--------|----------|
| 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 | 事業所所在地 | |
| 保険者番号 | | 本・扶別 | 本人・扶養() |

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。

※以下保険年金課記入欄

| | |
|----|--|
| 受付 | 社会保険加入後に五條市国民健康保険被保険者証を使用し医療機関を受診した場合、こちらの同意欄の署名の有無にかかわらず返還請求させていただくことがあります。 |
|----|--|