

国民健康保険被保険者資格喪失届書

わたしは、下記の者について、国民健康保険被保険者資格を喪失する届書を郵送にて提出します。

記

対象者氏名	対象者個人番号	被保険者証の 記号番号	生年月日	喪失理由(※)
		岡82		
		岡82		
		岡82		
		岡82		
		岡82		

※喪失理由番号：（1. 社会保険加入 2. 共済組合加入 3. 国保組合加入 4. その他）

なお、根拠資料として上記に記載した者の新しい健康保険証の写しを添付します。

また、国民健康保険被保険者証を同封します。

年 月 日

届出人 住 所

氏 名

個人番号

電話番号(— —)

—備考—
<p>国保を喪失する人を全員記入してください。</p> <p>①新しい健康保険証の写しを添付してください。</p> <p>②次のいずれかの写しを添付してください。（マイナンバー番号確認書類）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人番号カード ・通知カード ・個人番号が記載された住民票の写し <p>③国保の保険証を同封し返却してください。</p> <p>④保険証を同封できない場合、次のいずれかの写しを添付してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人番号カード、運転免許証、運転経歴証明書、旅券、身体障害者手帳 精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード、特別永住者証明書等
—問い合わせ・提出先—
<p>〒701-4292</p> <p>瀬戸内市邑久町尾張300番地1</p> <p>瀬戸内市役所 国保年金医療給付課 国保年金係</p> <p>TEL：0869-22-1790</p>