

国民健康保険被保険者資格喪失届書（郵送用）

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	個人番号												被保険者 記号番号	生年月日	喪失理由 番号 (※)
													岡82		
													岡82		
													岡82		
													岡82		
													岡82		

※喪失理由番号：（１．社会保険加入　２．国保組合加入　３．その他）

根拠資料として上記に記載した者について、以下の書類を添付します。

- 1　健康保険に加入したことを証明するものの写し（資格確認書または資格情報のお知らせ）
- 2　国民健康保険の資格確認書または資格情報のお知らせ（原本）
- 3　本人確認書類の写し（運転免許証やマイナンバーカードなど顔写真入りのもの）

年　　月　　日

世帯主

住　　所

氏　　名

電話番号

—問い合わせ・提出先—

〒701-4292
瀬戸内市邑久町尾張300番地1
瀬戸内市役所　国保年金医療給付課　国保年金係
TEL：0869-22-1790