

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者証の 記号番号	珠			
喪失区分	一部 ・ 全部	資格喪失 年 月 日	令和 年 月 日	
被 保 険 者	氏 名	世帯主と の続柄	個 人 番 号	資 格 喪 失 理 由
				転 出
				社会保険加入
				生活扶助開始
				死 亡
				後 期 該 当
				そ の 他
転出後の住所				
転出後世帯主	変更なし ・ 変更あり	変 更 あ り の 場 合 転 出 後 世 帯 主 名		
転出後世帯構成	変更なし ・ 変更あり	変 更 あ り の 場 合 転 出 後 世 帯 員 名		
<p>(宛先) 珠洲市長</p> <p>上記のとおり被保険者証を添えて届出します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p>				

代理権の確認	身元確認(世帯主、被保険者本人又は代理人)	番号確認
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者:) <input type="checkbox"/> その他() No. ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 1点 <input type="checkbox"/> 2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他() No. ()	<input type="checkbox"/> その他