

国民健康保険被保険者 資格喪失届

被保険者 記号・番号			
喪失区分	一部 ・ 全部	資格喪失 (適用終了) 年 月 日	年 月 日
被保険者氏名	世帯主との 続柄	個人番号	資格喪失 (適用終了) 事由
			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

(宛先) 珠洲市長

上記のとおり関係書類を添えて届出します。

年 月 日

世帯主 住所

氏名 _____

個人番号 _____ 電話番号 _____

届出人 住所

(世帯主と届出人が同一の場合は記入不要)

氏名 _____ 世帯主との続柄 _____

電話番号 _____

代理権の確認	身元確認(世帯主又は代理人)	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()	1点 <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. () 2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証等 <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"/> 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