様式第２号

国民健康保険被保険者資格喪失（終了）届

		異 動 区 分	全部　・　一部
被保険者番号		資格喪失(終了)年月日	令和　　年　　月　　日

被保険者		被保険者でなくなる者の氏名 個　人　番　号	世帯主との続柄	生　年　月　日	資格喪失終了事由
	1			昭 平 令　　・　・	社会保険加入 国保組合加入 生活保護開始 転出 死亡 後期高齢加入 その他
	2			昭 平 令　　・　・	
	3			昭 平 令　　・　・	
	4			昭 平 令　　・　・	
	5			昭 平 令　　・　・	
	6			昭 平 令　　・　・	

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

住所　知多郡南知多町大字　　字

世帯主氏名　　電話番号

南 知 多 町 長 殿

処理欄	処理者印	資格証明書等
		交付・修正・回収 年　月　日

決裁	課長	グループ		