

## 国民健康保険被保険者資格喪失（終了）届

被保険者番号		1 2 3 4 5 6	異動区分	全部 ・ 一部		
被保険者番号		1 2 3 4 5 6	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		世帯主との続柄	生 年 月 日	資格喪失終了事由	
	個人番号					
	1	国 保 太 郎	本人	昭 平 令	○ ・ ○ ・ ○	社会保険加入
	2			昭 平 令	・ ・	国保組合加入
	3			昭 平 令	・ ・	生活保護開始
	4			昭 平 令	・ ・	転出 死亡
	5			昭 平 令	・ ・	後期高齢加入
6			昭 平 令	・ ・	その他	
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 豊浜 字 貝ヶ坪 18番地						
世帯主氏名 国 保 太 郎 電話番号 65-0711						
南 知 多 町 長 殿						

処理欄	処理者印	資格証明書等
		交 修 回 付 正 収
		年 月 日

決裁	課長	グループ		