

国民健康保険・国民年金 資格喪失 届出書

匝瑳市長 宛

※ 太線の枠内に記入願います。

令和 年 月 日

住所	匝瑳市	世帯主		電話	()				
		個人番号							
喪失する人の氏名	生年月日			性別	続柄	職業	記号番号	退職	介護
	個人番号						種別	医療	2号
1	明・大昭・平			男・女			⇒	本人・扶養	有・無
2	明・大昭・平			男・女			⇒	本人・扶養	有・無
3	明・大昭・平			男・女			⇒	本人・扶養	有・無
4	明・大昭・平			男・女			⇒	本人・扶養	有・無
5	明・大昭・平			男・女			⇒	本人・扶養	有・無
【国民健康保険】 あてはまる項目に ○印をしてください		1 職場などの健康保険に入った（イ. 本人 口. _____の扶養） 2 死亡した（死亡日 ____月__日） 3 生活保護を受けるようになった（開始日 ____月__日） 4 その他（事由・_____）							
【国民年金】 あてはまる項目に ○印をしてください		1 第2号被保険者になった 2 種別変更 3 その他（事由・_____）							

※個人番号については収録の必要がある方のみ記入してください。

世帯	全部	42・	喪失日	令和 . . .		
	一部					

事由	転出	社加	生開	死亡	その他
----	----	----	----	----	-----

擬制世帯			保険証				入 力	照 合	給付 葬祭費
世帯	被保数	交付	加除	回収	更正				