

国民健康保険被保険者資格喪失届

	氏名	個人番号	世帯主との続柄	性別	保険証返却	喪失事由	備考
1	南丹 太郎	123456789123	本人	男	有	社保加入	保険者名 全国健康保険組合 京都支部 記号 1 2 3 4 5 6 7 8 番号 9 1 0 資格取得年月日 1 年 1 1 月 2 8 日 事業所名 (株)○○○○ 加入区分 <input checked="" type="radio"/> 本人 <input checked="" type="radio"/> 家族 ※ 社会保険に加入したことにより届け出る場合にご記入ください。
2	南丹 花子	987654321987	妻	女	有	国保組合加入	
3				男	有		
4				男	有	生保開始	
5				男	有	死亡	
6				男	有		
7				男	有	その他	
8				男	有		

上記のとおり資格を喪失したので被保険者証を返却する。

令和 元 年 12 月 1 日

住 所 南丹市 園部町小桜町47番地

世帯主 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3

氏 名 南丹 太郎

印

本人の署名であれば押印は不要

南丹市長 様

電話番号 0771-68-00××

日中に連絡の取れる電話番号を必ず記入して下さい

※ 誓約書は、上記「保険証返却」欄に1つでも「無」に○がある場合に記入して下さい。

誓約書

被保険者証紛失のため返却できませんが、資格喪失後の診療については貴市に負担をかけないことを誓約します。

令和 元 年 12 月 1 日

世帯主 氏 名 南丹 太郎

印

※ この欄には記入しないで下さい。

被保険者記号番号	南丹 ー	資格喪失年月日	平成・令和 年 月 日
喪失区分	全部 ・ 一部		

決裁	課長	係長	担当	処理確認	電算入力	被保険者証回収	受付印