

様式第2号(第12条関係)

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	資格 確認書 返却	喪失事由	備 考
1				男 女	有 無	社保加入	保険者名
2				男 女	有 無		
3				男 女	有 無	国保組合加入	記号 番号
4				男 女	有 無		
5				男 女	有 無	生保開始	資格取得年月日 年 月 日 事業所名
6				男 女	有 無		
7				男 女	有 無	死亡	加入区分 本人・家族
8				男 女	有 無		
				男 女	有 無	その他	※ 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。
上記のとおり資格を喪失したので資格確認書を添えて届出ます。							
年 月 日							
住 所 南丹市							
世帯主 個人番号							
氏 名							
南 丹 市 長 様 電話番号							
※誓約書は、上記「資格確認書返却」欄に1つでも「無」に○がある場合に記入して下さい。							
誓約書							
資格確認書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。							
年 月 日							
世帯主 氏 名 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	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	資格確認書 回収	受付印

