

# 国民健康保険被保険者資格喪失・適用終了届

記号	岩美		資格喪失日 (適用終了日)	年	月	日	
番号			世帯主の被保険者の資格の有無	有	無		
氏名		性別	生年月日	個人番号			続柄
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
資格喪失理由	1 転出 2 社会保険加入 3 生活保護開始 4 死亡 5 その他					世帯の増減	
資格取得年月日		交付年月日		事業所または加入保険組合名			
<p>上記のとおり届け出ます。</p> <p>個人番号を国民健康保険に関する事務について利用することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 岩美町大字 氏名 連絡先 届出人 氏名</p> <p>岩美町長 西 垣 英 彦 様</p>							
番号記載	本人・職員	入力	被保険者証	回収	・ ・		
				抹消	・ ・		

世帯主氏名については、記名押印又は署名のいずれかとしてください。