

課 長	係 長	係	合 議

## 国民健康保険被保険者資格喪失届書

被保険者証記号番号	留萌	適用終了年月日	年 月 日
-----------	----	---------	-------

転出先住所		全部 ・ 一部
-------	--	---------

世帯主 (届出人)	世帯主住所	留萌市		普主 ・ 擬主
	世帯主氏名		主個人番号	1. 転 出 2. 社保加入 3. 国組加入 4. 生保開始 5. 死 亡 6. 障害認定 7. 世帯変更 8. 住特終了 9.
	主電話番号	( )		

	(フリガナ)	性別	続柄	生 年 月 日	個人番号	喪失後受診確認欄 有 ・ 無 受診日/医療機関  保険証未返却事由 破棄 ・ 紛失
	被 保 険 者 氏 名					
1		男 ・ 女		昭 平 令 ・ ・		
2		男 ・ 女		昭 平 令 ・ ・		
3		男 ・ 女		昭 平 令 ・ ・		
4		男 ・ 女		昭 平 令 ・ ・		
5		男 ・ 女		昭 平 令 ・ ・		

届出年月日 (今日の日付)	年 月 日
------------------	-------

窓口 に 来 た 方	区 分	1. 世帯主本人<以下不要> 2. 同じ世帯の方<住所不要> 3. その他(関係: )		
	住 所			
	氏 名		電話番号	( )

留 萌 市 長 様

※ 太わくの中だけを記入してください。