

見本

国民健康保険被保険者資格喪失届書

被保険者証記号番

転出の場合は、転出先住所を記入

世帯主の情報を記入します。

留萌市居住時点での住所、世帯主です。

※住所地特例は特例地の住所

ご自宅の電話番号、または世帯主の携帯

番号を記入してください。

転出先住所

世帯主住所

留萌市本町1丁目11番地

世帯主氏名

留萌 太郎

主個人番号

1. 転出

2. 社保加入

3. 国組加入

主電話番号

(42) 1805

1111

2222

3333

(フリガナ)

性別

続柄

生年月日

個人番号

被保険者氏名

転出・他保険加入日以降に留萌市の保険証で受診しているか。

受診している場合は必ず記入してください。

1 ルモイ タロウ

男

本人

昭

9・2・14

同上

女

本人

平令

2 ルモイ ハナコ

男

妻

昭

64・1・7

留萌 花子

女

妻

平令

4444

5555

6666

3

男

昭

喪失後受診確認欄

有・無

受診日/医療機関

国民健康保険を脱退する方全員の氏名、性別、続柄、生年月日、個人番号（マイナンバー）

続柄は世帯主からみた続柄

例：世帯主であれば「本人」

妻であれば「妻」

子であれば「子」など

保険証を破棄、紛失した場合

○を記入

保険証未返却事由

破棄・紛失

届出年月日

(今日の日付)

2年 1月 10日

届出をした人の情報を記入します。

※郵送の場合は、記入した人

※会社住所・担当者名・会社電話可

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

留萌 花子

電話番号

(000) 1234 5678

留萌市長様

※太わくの中だけを記入してください。