**国民健康保険被保険者資格喪失届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号番号 | ５４ － | 資格喪失年月日 | 平成　令和　　　年　　月　　日 |
| 資 格 喪 失 区 分 | 全 世 帯 喪 失 | 一 部 喪 失 |

**下の太枠内をご記入ください**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険をやめる方のお名前 | 生 年 月 日 | 資格喪失事由 | 個 人 番 号（マイナンバー12桁） |
|  | 昭・平・令年　　月　　日 | 社会保険加入国保組合加入生活保護開始死　　　亡転　　　出そ　の　他 |  |
|  | 昭・平・令年　　月　　日 |  |
|  | 昭・平・令年　　月　　日 |  |
|  | 昭・平・令年　　月　　日 |  |
|  | 昭・平・令年　　月　　日 |  |
|  | 昭・平・令年　　月　　日 |  |
|  | 昭・平・令年　　月　　日 |  |
|  | 昭・平・令年　　月　　日 |  |
|  上記のとおり届けます 令和　　年　　月　　日 大 磯 町 長 殿 | 世 帯 主 住 所 | 大磯町 |
|  ふ　り　が　な |  |
| 世 帯 主 氏 名 |  |
| 電 話 番 号 | －　　　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| * データ入力年月日
 | 令和　 　年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| * 証（回収・訂正交付）年月日・未回収
 | 令和　 　年　　　月　　　日 |