

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者の 記号番号	5 4 ー	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		
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	ー ー	

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

☐ 資格確認書等（回収・訂正交付）年月日・未回収	令和 年 月 日
---	-------------------------------