

国民健康保険被保険者 資格喪失届出書

郵送用

届出年月日	令和 年 月 日
届出人の氏名	
電話番号	自宅・携帯・他（ ）
住 所	葛飾区 丁目 番 号

国民健康保険をやめる人			性別	続柄	証	高
1	フリガナ			世帯主 妻・夫・子 ()	回	回
	氏 名				未	未
	生年月日	年 月 日				
2	フリガナ			妻・夫 子 ()	回	回
	氏 名				未	未
	生年月日	年 月 日				
3	フリガナ			子 ()	回	回
	氏 名				未	未
	生年月日	年 月 日				
4	フリガナ			子 ()	回	回
	氏 名				未	未
	生年月日	年 月 日				
5	フリガナ			子 ()	回	回
	氏 名				未	未
	生年月日	年 月 日				

【次の1～3をお送りください。】

1 職場の健康保険被保険者証 又は 資格取得証明書のコピー
(国保をやめる方、全員分)

2 資格喪失届出書 (左の項目を記入したこの用紙)

※資格喪失届出書を印刷できない場合は、①届出人の氏名②住所③電話番号
④国民健康保険をやめるといふ文言を記入した任意の用紙でも代用できます。
(職場の健康保険被保険者証、資格取得証明書のコピーの余白に①～④を記入
していただいても構いません。)

3 葛飾区の国民健康保険被保険者証(原本)・高齢受給者証(原本) <<70歳から74歳までの方>> (国保をやめる方、全員分)

※葛飾区の国民健康保険被保険者証・高齢受給者証は、公印部分にボールペンで×印をするか、ハサミで切り込みを入れてお送りください。

※国民健康保険被保険者証がないときは、その理由

紛失 その他()

※高齢受給者証がないときは、その理由

紛失 その他()

※職員記入欄

記号番号	2 2 一 一			
異動年月日	令和	年	月	日
適用終了年月日	令和	年	月	日
異動事由	社保加入・国組加入・他()			
備考欄				
担当者	受付日	入 力	確 認	審 査