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	確	知
1	フリガナ		男・女	世帯主 妻・夫 子（　）	回・未	回・未
	氏名					
	生年月日	年　月　日				
	個人番号					
2	フリガナ		男・女	妻・夫 子（　）	回・未	回・未
	氏名					
	生年月日	年　月　日				
	個人番号					
3	フリガナ		男・女	子（　）	回・未	回・未
	氏名					
	生年月日	年　月　日				
	個人番号					
4	フリガナ		男・女	子（　）	回・未	回・未
	氏名					
	生年月日	年　月　日				
	個人番号					
5	フリガナ		男・女	子（　）	回・未	回・未
	氏名					
	生年月日	年　月　日				
	個人番号					

【次の１～４をお送りください。】

1　職場の健康保険に加入した日付が確認できるもの（職場の健康保険の資格確認書・資格情報のお知らせのコピー、資格取得証明書など、またはマイナポータルから健康保険証の保険資格情報を印刷したもの（保険者名・記号・番号・枝番・氏名・生年月日・性別・資格取得年月日がわかるところ））
※国民健康保険をやめる方全員分

2　資格喪失届出書　（左の太枠内を記入したこの用紙）

3　マイナンバーカードの写し（両面）
※取得している方で、国民健康保険をやめる方全員分

4　葛飾区の資格確認書の原本（資格確認書をお持ちの方）
※国民健康保険をやめる方全員分

○葛飾区の資格確認書は、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。

○資格確認書がないときは、その理由

□紛失　□その他（　　）

※資格情報のお知らせは、同封して返却いただくか、ご自身で破棄してください。

※職員記入欄

記号番号	２２　ー　　ー			
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