

国民健康保険被保険者資格喪失届

記号・番号	本国	資格喪失年月日	平成 年 月 日		
区分	一部・包括	転出先			
氏名		生年月日	続柄	資格喪失理由	保険証使用確認
1		昭和 年 月 日 平成		転出	喪失日以降保険証を使用しましたか？ はい・いいえ 病院 薬局名 柔整 レセ担当確認済 不当利得説明済
2		昭和 年 月 日 平成		社保加入	
3		昭和 年 月 日 平成		生保開始	
4		昭和 年 月 日 平成		死亡	
5		昭和 年 月 日 平成		障害認定	
6		昭和 年 月 日 平成		職権削除 その他	

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

平成 年 月 日 住所 本部町字
世帯主 氏名 印
連絡先 (携帯)
代理手続人 氏名 (続柄)
本部町長殿 連絡先 (携帯)

誓 約

資格喪失後の給付については、貴殿（町）に負担をかけることを誓約いたします。

平成 年 月 日 氏名 印

職員記入欄	手續期間	賦課	収納	被保険者証		本人確認	
	<input type="checkbox"/> 1日～14日	即時更正済	還付請求書手交済	回収	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 運転免許証	
	<input type="checkbox"/> 15日～3か月			訂正	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 保険証	
	<input type="checkbox"/> 3か月～6ヶ月	納付書	還付金充当	未回収	後日郵送・紛失	<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 6ヶ月～1年	手交済 郵送済		葬祭費			
			申請	平成 年 月 日			
	備考					受付	担当