

# 国民健康保険被保険者資格

喪失届  
適用終了

記号・番号 本国 資格喪失(終了)年月日 令和 年 月 日

転出先		※喪失理由が転出の場合記入				
氏名		生年月日・個人番号		世帯主との続柄	保険証使用確認	資格喪失(終了)理由 該当項目に☑を記入
1	フリガナ( )	昭和・平成 令和	年 月 日		喪失日以降に 保険証を使用 しましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病院名 受診日 薬局名 受診日 <input type="checkbox"/> 受診した病院・薬局に 新保険証の提示を 依頼(同月内) <input type="checkbox"/> 不当利得説明	<input type="checkbox"/> 転出 (☐住所地特例施設ではない) <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 (☐国保税減免申請) <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 死亡 (葬祭費 <input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 未申請 理由: <input type="checkbox"/> その他
	個人番号					
2	フリガナ( )	昭和・平成 令和	年 月 日			
	個人番号					
3	フリガナ( )	昭和・平成 令和	年 月 日			
	個人番号					
4	フリガナ( )	昭和・平成 令和	年 月 日			
	個人番号					
5	フリガナ( )	昭和・平成 令和	年 月 日			
	個人番号					

本部町長殿 上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

住所 本部町字

令和 年 月 日 氏名 印

世帯主 個人番号

電話 (携帯)

代理手続人 住所 (※同一世帯でない方は住所記入)

氏名 印 (世帯主との続柄)

電話 (携帯)

※同一世帯でない方は委任状が必要です(葬祭執行人を除く)

**誓約**

資格喪失後の納税・給付については、貴殿(町)に負担をかけないことを誓約いたします。

令和 年 月 日 氏名 印

職員記入欄	賦課・収納	給付	限度額区分確認	被保険者証	本人確認
	<input type="checkbox"/> 即時更正納付書 <input type="checkbox"/> 手交 <input type="checkbox"/> 郵送対応 <input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 滞納有納税相談 <input type="checkbox"/> 転入日が転出予定日と異なった場合は、転入日が資格喪失確定日となるため、後日保険税が更正となる場合がある旨の説明	<input type="checkbox"/> 高額療養費支給申請該当確認 <input type="checkbox"/> 限度額証回収 <input type="checkbox"/> 特定疾病回収 (社保加入は写し交付)	<input type="checkbox"/> 世帯全員喪失(確認終了) <input type="checkbox"/> 世帯員一部喪失(以下項目確認) 限度額証交付者 <input type="checkbox"/> 無(確認終了) <input type="checkbox"/> 有(以下項目確認) 限度額適用区分 喪失前( ) 喪失後( ) ※区分変更の場合、証差替	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収 ( <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 後日回収 <input type="checkbox"/> 後日郵送 ) <input type="checkbox"/> 期限を転出予定日の前日に訂正し交付	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他
備考					資格担当確認
□ 資格喪失の項目全て確認し適正に処理しました。 受付:					