

国民健康保険被保険者資格喪失届

APPLICATION FOR TERMINATION OF NATIONAL HEALTH INSURANCE

【記入例】

印の項目について記入してください。

届出年月日 Today's date	(Year) 〇〇 年 (Month) 〇〇 月 (Day) 〇〇 日
世帯主の氏名 Name of householder	渋谷 太郎
個人番号 Individual Number	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
電話番号 Phone number	090-〇〇〇〇-△△△△ 自・携・他 ()
住所 Address in Shibuya	渋谷区 宇田川 町 丁目 1 番 1 号 方

喪失事由コード	
<input type="checkbox"/> 転出	<input type="checkbox"/> 職権抹消
<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 社保加入	<input type="checkbox"/> 年齢到達
<input type="checkbox"/> 国組加入	<input type="checkbox"/> 障害認定
<input type="checkbox"/> 生保開始	<input type="checkbox"/> 住所地特例

記号番号	13				
喪失の事由発生日					
4:平成					
5:令和					
資格喪失日					
4:平成					
5:令和					

全国健康保険協会 健康保険組合 共済組合 国保組合 (組国)	
記号	番号

氏名 (国保をやめる人) Name (Leaving-NHI)	生年月日 Date of birth	続柄 Relationship	個人番号 Individual Number	資格区分	証種別	回収
フリガナ シバヤ タロウ 1 渋谷 太郎	A. D. (Year) 〇〇 年 (Month) 〇〇 月 (Day) 〇〇 日 昭和 平成 令和		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	普主 被保	一般証 高齢証	窓口回収 未回収理由 ()
フリガナ シバヤ ハナコ 2 渋谷 花子	A. D. (Year) 〇〇 年 (Month) 〇〇 月 (Day) 〇〇 日 昭和 平成 令和		2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	普主 被保	一般証 高齢証	窓口回収 未回収理由 ()
フリガナ 3 ※ 国保をやめる人全員の、氏名・生年月日・個人番号を記入してください。	A. D. (Year) 年 (Month) 月 (Day) 日 昭和 平成 令和			普主 被保	一般証 高齢証	窓口回収 未回収理由 ()
フリガナ 4	A. D. (Year) 年 (Month) 月 (Day) 日 昭和 平成 令和			普主 被保	一般証 高齢証	窓口回収 未回収理由 ()

届出人	氏名 渋谷 太郎	世帯主との関係	住所: 渋谷区宇田川町1番1号
			電話: 090-〇〇〇〇-△△△△ 自・携・他 ()

本人確認書類	
運転免許証	個人番号カード
パスポート	()

備考欄	
確認先	担当者名
電話番号	

添付書類		受付審査	入力	確認
取得証明書				
保険証写し		担当者名		