

国民健康保険被保険者資格喪失届（包括・一部）

被保険者証記号番号		011111		喪失年月日		年 月 日		社保加入・生保開始・死亡・その他	
氏 名		性別	続 柄	個人番号		年 月 日		資格取得年月日	
1	大口 太郎	男	世帯主	0000	0000	年 月 日		年 月 日	
2	大口 花子	女	子	0000	0000	年 月 日		年 月 日	
3		男・女				年 月 日		年 月 日	
4		男・女				年 月 日		年 月 日	
5		男・女				年 月 日		年 月 日	
6		男・女				年 月 日		年 月 日	
7		男・女				年 月 日		年 月 日	
8		男・女				年 月 日		年 月 日	

氏名、性別、続柄、個人番号（マイナンバー）を記載してください。

記載不要
（健康保険証の写しを添付してください）

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

年 月 日

大口町長 様

処理欄	被保険者証訂正	被保険者証回

書類記入日、世帯主の住所、氏名、個人番号（マイナンバー）、日中連絡のつく電話番号を記載してください。

住 所 **大口町下小口七丁目 X 番地**
 (フリガナ) **オウグチ タロウ**
 氏 名 **大口 太郎**
 個人番号 **0000 0000 0000**
 電話番号 **090-XXXX-XXXX**

届出人 氏 名

世帯主の本人確認書類を添付する場合は届出人記載不要