

# 国民健康保険被保険者 資格喪失届出書

郵送用

【次の1～3をお送りください。】

1 職場の健康保険資格確認書・資格取得証明書などの加入日が確認できるものいずれかのコピー（国保をやめる方、全員分）

2 資格喪失届出書（左の項目を記入したこの用紙）

※資格喪失届出書を印刷できない場合は、①届出人の氏名②住所③電話番号④国民健康保険をやめるといふ文言を記入した任意の用紙でも代用できます。（職場の健康保険資格確認書・資格取得証明書などの加入日が確認できるものいずれかのコピーの余白に①～④を記入していただいても構いません。）

3 葛飾区の国民健康保険被保険者証・資格確認書・資格情報のお知らせ・高齢受給者証のうち使用していたもの

※いずれも原本且つ国保をやめる方、全員分

○葛飾区の国民健康保険被保険者証・資格確認書・高齢受給者証は、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。

○国民健康保険被保険者証、資格確認書、資格情報のお知らせ、高齢受給者証

がないときは、その理由

紛失 その他（ ）

※職員記入欄

記号番号	2 2 - -			
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

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	情	証	高
1	フリガナ		男・女	世帯主 妻・夫 子 ( )	回 ・ 未	回 ・ 未	回 ・ 未	回 ・ 未
	氏名							
	生年月日	年 月 日						
2	フリガナ		男・女	妻・夫 子 ( )	回 ・ 未	回 ・ 未	回 ・ 未	回 ・ 未
	氏名							
	生年月日	年 月 日						
3	フリガナ		男・女	子 ( )	回 ・ 未	回 ・ 未	回 ・ 未	回 ・ 未
	氏名							
	生年月日	年 月 日						
4	フリガナ		男・女	子 ( )	回 ・ 未	回 ・ 未	回 ・ 未	回 ・ 未
	氏名							
	生年月日	年 月 日						
5	フリガナ		男・女	子 ( )	回 ・ 未	回 ・ 未	回 ・ 未	回 ・ 未
	氏名							
	生年月日	年 月 日						