

国民健康保険被保険者資格喪失届

喪失

被保険者の記号番号	記号		番号			資格喪失年月日	年 月 日
		
喪失区分	世帯喪失・被保険者喪失（ 人）						
喪失事由	転出	社保加入	生保開始	死亡	健保加入	その他	
喪失者氏名	世帯主との続柄	生年月日				個人番号	
						備考	
		昭平					
		昭平					
		昭平					
		昭平					
		昭平					
		昭平					
		昭平					
		昭平					
		昭平					

※入力 済・未

※資格確認書等 回収 済・未

上記のとおり申請します。

_____年 月 日

世帯主住所 八頭町

氏名 _____

個人番号 _____

届出人氏名 _____

連絡先(電話番号) _____

八頭町長様