申請者の本人確認
免許証・マイナンバーカード・パスポート・聴聞 保険証・在留カード ・雇用保険受給資格者証 社保加入証明書・その他（　　）

喪失

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者記号番号	精　　－	資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
世帯員喪失区分	全部　・　一部	転出先	

	氏名	生年月日	世帯主との続柄	資格喪失理由
1	個人番号	昭 平 令　年　月　日		他市町村へ転出
2	個人番号	昭 平 令　年　月　日		国保組合へ 社会保険加入
3	個人番号	昭 平 令　年　月　日		生活保護開始
4	個人番号	昭 平 令　年　月　日		死亡 後期加入
5	個人番号	昭 平 令　年　月　日		その他 （　　）

上記のとおり資格喪失したので被保険者証を添えてお届けします。

精華町長 様

令和　　年　　月　　日

世帯主　住　所　精華町

氏　名

個人番号

電話番号　　（　　）

届出人　氏　名　　世帯主との関係（　　）

誓約書

被保険者証紛失のため返納できませんが、資格喪失後の診療については貴町に負担をかけないことを誓約いたします。

令和　　年　　月　　日

届出人

資格喪失後受診の確認	
有　・医療機関へ連絡 ・返納金	無

処理		
電算入力	確認欄	被保険者証回収日
		月　　日

≪ 喪 失 届 の 書 き 方 ≫

申請者の本人確認
免許証・マイナンバーカード・パスポート・聴聞
保険証 ・ 在留カード ・雇用保険受給資格者証
社保加入証明書・ その他（　　）

喪失

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者記号番号	精　　一	資格喪失年月日	令和　　年　　月　　日
世帯員喪失区分	全部 ・ 一部	転出先	

	氏名	生年月日	世帯主との続柄	資格喪失理由
1	精華　太郎 個人番号 ＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊	(昭)平令 ＊＊年＊＊月＊＊日	本人	他市町村へ転出 国保組合へ 社会保険加入 生活保護開始 死亡 後期加入 その他（　　）
2	精華　花子 個人番号 ＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊	(昭)平令 ＊＊年＊＊月＊＊日	妻	
3	精華　小太郎 個人番号 ＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊	昭(平)令 ＊＊年＊＊月＊＊日	子	
4		昭 日		
5	個人番号	平令 年 月 日		

国民健康保険を抜けられる方全員の氏名、個人番号（マイナンバー）、生年月日、世帯主との続柄を記入してください。

上記のとおり資格喪失したので被保険者証を添えてお届けします。

精華町長 様

令和　　年　　月　　日

世帯主　住　所　精華町 南稲八妻北尻７０番地

氏　名　精華　太郎

個人番号　＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

電話番号　0774（　＊＊　）2004

届出人　氏　名　精華　太郎　　世帯主との関係（本人）

世帯主の住所、氏名、個人番号（マイナンバー）、電話番号（携帯可）、届出人氏名等を記入してください。

誓約書

被保険者証紛失のため返納できませんが、資格喪失後の診療については貴町に負担をかけないことを誓約いたします。

令和　　年　　月　　日

届出人

国民健康保険証または資格確認書を返納できない場合は、記入して下さい。
返納できる場合は記入の必要はありません。

※郵送で届出される場合は、社会保険に加入されたことがわかるものの写しと国民健康保険証(原本)または資格確認書(原本)を添付してください。