

(宛先)長野市長 ※赤字の中だけ記入してください。

届出書の記入日をご記入ください。

国民健康保険資格喪失届

給付へコピー済み スキャナー済み
 収納へコピー済み 被保険者証明書

枚中の 枚

届出日 (Date of notification)		令和 5 年 4 月 1 日		届出者氏名 (Name of notifier)		世帯主名 (Name of head of household)		納付状況		口座止め (未・済)		督促		催止		国保番号							
				長野 花子		長野 太郎		現金・口座															
世帯主との続柄 (Relationship with head of household)		本人・夫・ 妻 ・子・()		個人番号		1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		届出書を記載する方の氏名をご記入ください。		資格喪失日		窓口		郵送		被保険者証							
										年 月 日		回収		年 月 日		年 月 日							
住所 (Address)		長野市		大字鶴賀緑町1613		電話 (Phone number)		026 - 226 - 4911		送交		資格審査		端末入力		訂正入力		データチェック		CW署名or印		生保開始年月日	
										見込額		円		月期		遡及更正：有						年 月 日	
氏名 (Name)		生年月日 (Date of birth)		世帯主との続柄		福祉医療		有		備考													
1		(フリガナ) ナガノ ハナコ		昭・平・令		本人・夫 Self Husband																	
		長野 花子		60・5・6		妻 ・子 Wife Child																	
個人番号		2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2		外国人籍 の人の通称名 (Commonly known name in Japan)		()																	
2		(フリガナ)		国民健康保険を脱退する方(全員分)の氏名・個人番号・生年月日・世帯主との続柄をご記入ください。 ※個人番号が不明な場合は、空欄でもかまいません。		福祉医療		有		個人番号確認		1.個人番号カード 2.通知カード等 3.画面 4.その他()		本人・代理人確認		1.運転免許証 2.パスポート 3.被保険者証 4.個人番号カード 5.その他()		会社名		担当者			
3		(フリガナ)		昭・平・令		本人・夫 Self Husband				健康保険証		記号		番号		資格取得年月日		平成・令和		年 月 日			
						妻 ・子 Wife Child																	
個人番号				外国人籍 の人の通称名 (Commonly known name in Japan)		()																	
4		(フリガナ)		昭・平・令		本人・夫 Self Husband				保険者													
						妻 ・子 Wife Child																	
個人番号				外国人籍 の人の通称名 (Commonly known name in Japan)		()																	

※以下のものを同封したかチェックしてください。

- 新しい保険証の写し(国保を脱退する方全員分)
- 国民健康保険証(国保を脱退する方全員分)
※紛失している場合は、備考欄にその旨をご記入ください。
- 届出人の本人確認書類の写し