

喪失

国民健康保険被保険者資格喪失届

保険証記号番号		資格喪失年月日			喪失区分
い串国保 ー		平成 年 月 日			全喪・一部
被保険者の氏名	性別	世帯主との続柄	生年月日	個人番号	資格喪失理由
1	男・女		年 月 日		転出 ・ 社会保険加入 ・ 生活扶助開始 ・ 死亡 ・ その他
2	男・女		年 月 日		
3	男・女		年 月 日		
4	男・女		年 月 日		
5	男・女		年 月 日		
6	男・女		年 月 日		
7	男・女		年 月 日		

備考

上記のとおり届けます。

平成 年 月 日

住所 いちき串木野市

(ふりがな)

世帯主

氏名

個人番号

公民館 ()

いちき串木野市長 殿 電話番号

税務課

受付

※記名押印に代えて署名することができます。

回収日

確定日