

郵送用

# 国民健康保険資格喪失届

(あて先) 仙台市 区長

※太わくの中を記入してください。

届出人	1 世帯主 2 その他(世帯主との関係: )		届出日
	氏名	電話 ( )	・
			世帯主氏名
代理人の住所			
異動者の住所 仙台市			

国保記号・番号	擬	普	→	擬	普	国保世帯主
—	1	2		1	2	

備考	
----	--

No	異動者フリガナ氏名	生年月日	性別	世帯主との続柄	提出書類	
					職場等の健康保険(書類などの写し)	国民健康保険
1		・	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格取得証明書 <input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書
2		・	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格取得証明書 <input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書
3		・	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格取得証明書 <input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書
4		・	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格取得証明書 <input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書
5		・	男・女		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 資格取得証明書 <input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 資格確認書

No.	事由	喪失年月日	証確認	喪失(一部・全部)									
				21 異動	22 転出	23 死亡	24 社保加入	25 国組加入	27 生保開始	29 その他	海外		
1		・	<input type="checkbox"/>										
2		・	<input type="checkbox"/>										
3		・	<input type="checkbox"/>										
4		・	<input type="checkbox"/>										
5		・	<input type="checkbox"/>										
他保険情報				記号		番号		保険者番号		本・扶			
				記号		番号		保険者番号		本・扶			

異動事由	喪失(一部・全部)							
	21	22	23	24	25	27	29	海外
入力				照合				
收受								

※ ご記入いただいたこちらの資格喪失届と脱退する方全員の①職場の健康保険被保険者証の写し、資格確認書の写し、資格情報のお知らせ(資格取得年月日がわかる通知文書)の写しまたは健康保険の資格取得証明書(資格取得年月日、被保険者記号・番号、保険者番号、被扶養者の氏名の記載があるもの)と②国民健康保険被保険者証 または 資格確認書を、お住まいの区の区役所・総合支所保険年金課(秋保総合支所は保健福祉課)へ郵送してください。