

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
一		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	
		個人番号 (マイナンバー)				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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 資格確認書	

異動事由	喪失年月日	証確認	喪失(一部・全部)						
			21	22	23	24	25	27	29
転出	死亡	社保加入	国組加入	生保開始	その他	海外			
入力 照合									
受取									

※ 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。