

郵送用

# 国民健康保険資格喪失届

(あて先) 仙台市

區長

※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 ( ) ー	・
			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	
			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

No.	事由	喪失年月日	証確認	異動事由	喪失（一部・全部）						
					21 転出	22 死亡	23 社保加入	24 国組加入	25 生保開始	27 その他	29 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				入    力		照    合					
	記   号			収                  受							
	番   号										
	保険者 番   号		本・扶								
	記   号										
	番   号										
	保険者 番   号		本・扶								

※ 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。