国民健康保険被保険者　資格喪失届

江東区	国民健康保険証の記号番号	記 入 し た 日
全部 一部	（記号）08－　　（番号）	年　　月　　日

届出人		
住　所	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	□世帯主 □本人 □その他 （　　）
氏　名	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	
連絡先	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

国民健康保険をやめる人					性　別	続　柄
1	ふりがな					
	氏　　名					
	生年月日	年　　月　　日	個人番号			
2	ふりがな					
	氏　　名					
	生年月日	年　　月　　日	個人番号			
3	ふりがな					
	氏　　名					
	生年月日	年　　月　　日	個人番号			
4	ふりがな					
	氏　　名					
	生年月日	年　　月　　日	個人番号			
5	ふりがな					
	氏　　名					
	生年月日	年　　月　　日	個人番号			

【次の１～４を同封してください】

１．加入した健康保険証のコピー(国保をやめる方、全員分)

２．江東区国民健康保険証(国保をやめる方、全員分)

＊ 国民健康保険証がないときは、その理由

□ 紛失　□ その他（　　）

３．届出人の個人番号がわかる資料のコピー

例：個人番号カード裏面、通知カード（記載された氏名・住所等が住民票記載事項と一致するもの）、
個人番号が記載された住民票の写しなどのコピー

４．届出人の身元が確認できる資料のコピー

例：個人番号カード表面、運転免許証、パスポート、在留カード、年金手帳などのコピー

職員記入欄

処 理 日	受　付	入　力	保 険 証	確　認	通 知 打 出	通 知 確 認	口 座 登 録
／			回　収				有・無
発 送 日							当 月 納 通
／							有・無