

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		<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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

※書類に不備があった場合、マイナンバーによる情報連携を行います。

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