

國民健康保險被保險者 資格喪失屆

江東区	国民健康保険証の記号番号	記入した日
全部	(記号)08— (番号)	年 月 日
一部		

届出人		<input type="checkbox"/> 世帯主
住所	<input type="checkbox"/> 本人	
氏名	<input type="checkbox"/> その他 ()	
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