

## 国民健康保険被保険者 資格喪失届

江東区	国民健康保険の記号番号	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
氏名	_____		<input type="checkbox"/> 本人
連絡先	_____	個人番号 _____	<input type="checkbox"/> その他 ( )

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. 加入した健康保険がわかる資料のコピー(国保をやめる方、全員分)**

例: 健康保険資格情報のお知らせ、健康保険資格確認書、資格取得日が記載された証明書等

**2. 江東区国民健康保険証または、資格確認書等(国保をやめる方、全員分)**

\* ないときは、その理由

紛失     その他 ( \_\_\_\_\_ )

\* マイナ保険証をお使いの方は、これらの返却はございません。

**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	資格喪失日	受付	入力	保険証	確認	通知打出	通知確認	口座登録
	／							有・無
発送日	喪失事由			回収				当月納通
	社加・国組 ( )							有・無