

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	(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. 加入した資格確認書または資格情報のお知らせのコピー(国保をやめる方、全員分)

- ## 2. 江東区国民健康保険資格確認書(お持ちの方のみ)

- ### 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	発 送 日	受 付	入 力	回 収	確 認	口座登録
						有・無
						当月納通
						有・無