

国民健康保険資格喪失届

大槌町長 殿

※太線の枠内だけご記入ください

届出人	<input type="checkbox"/> 世帯主本人 <input type="checkbox"/> 世帯主以外の方 住 所: _____ 氏 名: _____ 世帯主との続柄: _____ 個人番号: _____ 電話番号: _____ - _____																
住所	〒 _____ 岩手県上閉伊郡大槌町 <div style="text-align: right;">電話 _____ - _____</div>																
世帯主	氏 名					個 人 番 号											
	印																
喪失する人の氏名	氏 名			性 別	生 年 月 日						続 柄						
					個 人 番 号												
1				男・女	年 月 日												
2				男・女	年 月 日												
3				男・女	年 月 日												
4				男・女	年 月 日												
5				男・女	年 月 日												

※ 必要添付書類：新しい被保険者証の写し

社会保険等加入先	保険証記番	記号		番号		備 考
	事業所名等					
	健康保険組合名等					
	保険者番号					