

国民健康保険被保険者資格喪失届

様式 2

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-------------|-----|----|-------------|-----------|--------------|----------|---|-------|------|--|-------|--------------------------------|--------------------------------|
| 決 裁 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 係長 | 係 | 処 理 | 資格喪失証明 | 賦課 | 入力確認 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 組合員 級区分 | 記号番号 | 新建 | | | 喪失 年月日 | 令和 年 月 日 | 全脱 一脱 | 法人事業所 | 個人事業所 | その他 | | | | |
| 級 | 組合員の住所 | | | | | | 資格喪失事由 | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 | | | 組合員と の続柄 | 生年月日 | | 返還 | 1. 転出 転出先 転出年月日 令和 年 月 日 2. 社会保 事業所名 険加入 記号番号 加入年月日 令和 年 月 日 3. 死亡 死亡年月日 令和 年 月 日 4. 生保開始 開始年月日 令和 年 月 日 5. 市町村 6. 国保組合 7. 組合員の後期高齢者医療制度移行に伴う家族の一部喪失 8. 後期高齢者制度における特例制度の撤回等 9. その他(支部変更・組→家・家→組・世帯変更等) | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | 昭・平・令 | 年 月 日 | 1. 被保険者証等 2. 資格確認書 3. 紛失 |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | 昭・平・令 | 年 月 日 | 1. 被保険者証等 2. 資格確認書 3. 紛失 |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | 昭・平・令 | 年 月 日 | 1. 被保険者証等 2. 資格確認書 3. 紛失 |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | 昭・平・令 | 年 月 日 | 1. 被保険者証等 2. 資格確認書 3. 紛失 |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | 昭・平・令 | 年 月 日 | 1. 被保険者証等 2. 資格確認書 3. 紛失 |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | 昭・平・令 | 年 月 日 | 1. 被保険者証等 2. 資格確認書 3. 紛失 |
| 個人番号 | | | | | | | 昭・平・令 | | | | | 年 月 日 | 1. 被保険者証等 2. 資格確認書 3. 紛失 | |
| | 上記のとおり届けます。 | | | | | | 支部名 | | 支部長印 | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | | 氏名 | | 印 | | | | | |
| 新潟県建築国民健康保険組合 理事長様 | | | | | | (自署の場合は押印不要) | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証等回収確認年月日 | | | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | |