

# 国民健康保険被保険者資格喪失(適用終了)届

泉大津市長 様



世帯主	住所	泉大津市		
	氏名	TEL	自宅 携帯	
申請者	住所			
	氏名	TEL	自宅 携帯	
転出先	住所			

普・擬

資格喪失区分	全部	転出	死亡	社会保険加入	生活保護開始	職権消除	その他		
	一部								

枝番	氏名	生年月日	続柄	個人番号	被保険者証番号	津国	証号
		昭平 令 . .			事実の発生した日		年 月 日
		昭平 令 . .			資格喪失(適用終了)年月日		年 月 日
		昭平 令 . .			社会保険証の 交付年月日		年 月 日
		昭平 令 . .			<input type="checkbox"/> 医療機関受診 (あり なし) <input type="checkbox"/> 返納金説明済 <input type="checkbox"/> 同・申 <input type="checkbox"/> 返信用封筒渡し済 <input type="checkbox"/> 保険証回収入力済  <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 子育て応援課 <input type="checkbox"/> 高齢介護課 <input type="checkbox"/> 障がい福祉課 <input type="checkbox"/> その他( )		
		昭平 令 . .					
		昭平 令 . .					
		昭平 令 . .					
		昭平 令 . .					
誓約書	被保険者証紛失のため返納できませんが資格喪失後の診療については貴市に負担をかけないことを誓約いたします。			主変 →	電算処理 保険料 給付		
	世帯主氏名			葬祭費 5 万円			
	届出人氏名			後日支給( 年 月 日)			