

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



普・擬

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

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

枝番	氏名	生年月日	世帯主との続柄	個人番号	記号・番号	津国					
		昭平令 . .			事実の発生した日	令和	年 月 日				
		昭平令 . .			資格喪失(適用終了)年月日	令和	年 月 日				
		昭平令 . .			社会保険の交付年月日	令和	年 月 日				
		昭平令 . .			<div><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"/>証回收入力済</div> <div><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()</div>						
		昭平令 . .									
		昭平令 . .									
		昭平令 . .									
誓約書	資格確認書等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 →	<div>電算処理</div> <table><tr><td>保険料</td><td>給付</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>			保険料	給付		
	保険料	給付									
世帯主氏名			葬祭費 5 万円								
申請者氏名				申請済 ・ 案内済							