

## 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		TEL	自宅 携帯
	氏名			
転出先	住所			

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

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	・						
		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 →	<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"/> 返信用封筒渡し済			
	世帯主氏名					<input type="checkbox"/> 同・申 <input type="checkbox"/> 証回収入力済			
	申請者氏名				<b>葬祭費 5 万円</b> <small>申請済・案内済</small>				
					<b>電算処理</b> <table border="1"> <tr> <td>保険料</td> <td>給付</td> </tr> </table>			保険料	給付
保険料	給付								