記載例

国民健康保険資格喪失届

□ 全 部　　□ 一 部

受付	本庁・東部・あい・郵送
担当者	

下記のとおり届けます。

届出日		年　月　日
届出人世帯主	住所	昭島市
	氏名	
	TEL	（　　）

世帯主の住所、氏名、電話番号等を記入してください。

※ 太枠内のみご記入下さい

窓口に来た方	

記号番号	３０－　　－

	（フリガナ） 氏　名	生年月日	続柄	職業	資格喪失年月日
1	No.	昭・平・令・西暦 年　月　日			
2	No.	昭・平・令・西暦 年　月　日			
3	No.	昭・平・令・西暦 年　月　日			
4	No.	昭・平・令・西暦 年　月　日			年　月　日
5	No.	昭・平・令・西暦 年　月　日			年　月　日

会社等の保険に加入された方の氏名等を記入してください。

マイナンバー（12桁の数字）を記入してください。

喪失事由	□ 社保加入（本人・被扶養者） □ 国保組合加入 □ 生保開始　□ 後期加入 □ その他（　　）	確　認 □ 保険証（社保証等） □ 電話確認（　　様） □ 他保入力　□ 資格入力
本人確認	□ 免許証　□ パスポート　□ 在留カード □ 個人番号カード　□ その他（　　）	社保等取得日 年　月 □ 保険証（回収・未回収・郵送） □ 照合（　　）

世帯主の氏名を記入し、印鑑を押してください。

誓約書　資格喪失後に発生した診療費については貴市に負担をかけないことを誓約します。

年　月　日　　世帯主氏名　　㊞

あなたは、この届出行為に対し、昭島市国民健康保険が相当の期間内になんらかの処分又は行為をしないときは、

同関連リンク「喪失届」上記の太枠の中をご記入の上、会社の保険に加入された方全員の社会保険証のコピーと国民健康保険被保険者証を同封して市役所保険年金課保険係まで送付してください。

擬制世帯主確認欄	
	□三親等内に属さないため　□その他