

国民健康保険被保険者資格喪失・適用終了届

届出年月日	年 月 日	喪失・適用終了 年 月 日	年 月 日
記号番号		喪失区分	一部・包括

↓ 下の太枠内をご記入ください ↓					
氏名 / 生年月日	続柄	個人番号	職業	喪失・適用終了 理 由	
1	年 月 日 主・妻			1 転 出	
2	年 月 日 男 子・子の子			2 社 保 加 入	
	女 他()			3 生 保 開 始	
3	年 月 日 主・妻			4 死 亡	
	男 子・子の子			5 職 権 消 除	
4	年 月 日 主・妻			6 そ の 他	
	男 子・子の子				
5	年 月 日 主・妻				
	男 子・子の子				
	女 他()				

転出先住所(転出の場合は記入してください)

転出の方は記入してください。

上記のとおり被保険者証を添えて申請します。

国保加入時に属していた世帯の世帯主の
氏名、住所、電話番号を記入してください。

世帯主: _____

住 所: 読谷村字 _____

電話番号: - -

読谷村長殿

世帯主以外が記入する場合は、その方の氏名、
電話番号、住所(世帯主と住所が異なる場合)を
記入してください。

【世帯主以外の方 記入欄】

申 請 者: _____

電話番号: - -

住 所(世帯主と異なる場合は記入)

留意事項	職権処理/還付/滞納/二重加入/未回収/期限切れ	決	課長	係長	係
備考		裁			