

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 男 女	主・妻 子・子の子 他()			1 転 出
2	年 月 日 男 女	主・妻 子・子の子 他()			2 社 保 加 入
3	年 月 日 男 女	主・妻 子・子の子 他()			3 生 保 開 始
4	年 月 日 男 女	主・妻 子・子の子 他()			4 死 亡
5	年 月 日 男 女	主・妻 子・子の子 他()			5 職 権 消 除
					6 そ の 他
転出先住所(転出の場合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。					
世帯主: _____			【世帯主以外の方 記入欄】		
住 所: 読谷村字 _____			申 請 者: _____		
電話番号: _____			電話番号: _____		
読谷村長殿			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			