

# 国民健康保険被保険者資格喪失(終了)届

被保険者証 記号・番号	原 国	資格喪失(終了)年月日	令和 年 月 日
喪失(終了) 世帯区分	一 部 ・ 全 部	世帯主の国保資格区分	普 主 ・ 擬 主
被保険者でなくなる者の氏名 (個人番号)		世帯主との続柄	性 別
生 年 月 日		資格喪失(終了)理由 (該当する数字を○で囲んでください)	
1			男 ・ 女
個人 番号			S H R . .
2			男 ・ 女
個人 番号			S H R . .
3			男 ・ 女
個人 番号			S H R . .
4			男 ・ 女
個人 番号			S H R . .
5			男 ・ 女
個人 番号			S H R . .
6			男 ・ 女
個人 番号			S H R . .
7			男 ・ 女
個人 番号			S H R . .

与那原町長 照屋 勉 殿  
上記のとおり被保険者証を添えて届けます。

令和 年 月 日

**【世帯主】**

住 所 与那原町字  
(町 外)

氏 名

個人番号

自宅電話

携帯電話

在宅時間

勤務先

勤務先電話

**【代理人】**

住 所 与那原町字  
(町 外)

氏 名

個人番号

自宅電話

携帯電話

世帯主との続柄

誓 約

資格喪失(終了)後の給付については貴町に負担をかけないことを誓約いたします。

令和 年 月 日 世帯主名

チェック項目	喪失(終了)日確認	未納歴	喪失(終了)後の受診	同日保険証回収(済・未済)	訂正(有効期限) 有・無	受付/交付
	済・未	有・無	無・有	後日回収日 令和 年 月 日	令和 年 月 日迄	
担当確認欄	保健班	資格(住基・照会)		特記事項欄(交付・訂正・回収等・その他)		口振納付の有無 有・無
		確認1	確認2			口振の停止 する・しない
						停止登録者