

1. 事業主 2. 従業員 3. 家族	国民健康保険 被保険者資格喪失届		
---------------------------	-------------------------	--	--

記号番号	123456789	資格喪失年月日	令和 年 月 日
------	------------------	---------	----------

枝番	資格喪失となる者の氏名	組合員との続柄	生年月日	被保険者証・資格確認書 交付の有無 (交付ありの場合は返納)	証回収 確認	喪失 事由 コード	備 考
01	食品 太郎	本人	昭平・令 29・4・29	<input type="checkbox"/> 交付なし <input checked="" type="checkbox"/> 交付あり			
02	食品 花子	妻	昭平・令 30・1・1	<input type="checkbox"/> 交付なし <input checked="" type="checkbox"/> 交付あり			
			昭・平・令	<input type="checkbox"/> 交付なし			
				<input type="checkbox"/> 交付あり			
			昭・平・令	<input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> 交付あり			

※喪失者の保険証または資格確認書を必ず添付
※新しい保険にすでに加入しているときはその資格確認書
または資格情報のお知らせのコピーを添付

上記のとおり 従業員喪失の時は、事業主でも可 (については徴収団体に受領を委任します。)

令和 6 年 12 月 2 日

組合員 住所 静岡市葵区〇〇町〇丁目〇-〇〇

氏名 食品 太郎

電話 054-000-0000

シヤチハタ不可

食品

静岡市食品国民健康保険組合 殿

(被保険者証 または 資格確認書 の返納ができない場合)

保険証または資格確認書を添付できない
場合は記入、押印

誓 約 書

資格喪失後の診療については貴組合に負担をかけないことを誓約いたします。

組合員氏名 食品 太郎

食品

《事務処理欄》

資格喪失事由コード	49-1. 転出 42. 社保加入 43. 生保開始 44. 死亡 49-5. 市国保へ 49-6. その他()			
葬祭費	¥	支給	喪失証明書交付	証回収日

共通システム	台帳記入	情報連携	副本登録	国保総合

理事長	役員	事務局長	担当者	受付

受付日

※太枠内を記入してください