

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者記号・番号		俱			異動区分	
資格喪失年月日 適用終了年月日		令和 年 月 日			新規 <input checked="" type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 全部・一部	
前住所(転出先)						
	氏名			続柄	性別	生年月日
世帯主						
	個人番号			マイナ保険証利用登録	有・無	
2						
	個人番号			マイナ保険証利用登録	有・無	
3						
	個人番号			マイナ保険証利用登録	有・無	
4						
	個人番号			マイナ保険証利用登録	有・無	
5						
	個人番号			マイナ保険証利用登録	有・無	
6						
	個人番号			マイナ保険証利用登録	有・無	
7						
	個人番号			マイナ保険証利用登録	有・無	
8						
	個人番号			マイナ保険証利用登録	有・無	
上記のとおり届けます。 令和 年 月 日 世帯主 住所 氏名 連絡先(電話) 後志広域連合長様						

銀行・支店名 \_\_\_\_\_ 届出者 \_\_\_\_\_  
 種別・口座番号・名義人(か) \_\_\_\_\_

処理	受付	電算	資格確認書等回収	添付書類	税務確認	入力確認	送付先が前住所の場合 チェック⇒ <input type="checkbox"/> ( 年 月迄)
			済・未・マイナ				

喪失後受診 無・有 ( 年 月 医療機関名 \_\_\_\_\_ 前住所地以外は裏面に記入