

国民健康保険資格喪失・適用終了届 記載例

様式第1の2（第2条関係）

国民健康保険被保険者資格喪失・適用終了届

令和 年 月 日

（宛先）津島市長

世帯主 住 所 津島市立込町2丁目21番地

世帯主の住所・氏名・
個人番号・電話番号を
記入してください

氏 名 津 島 太 郎

個人番号 0123 4567 8910

電 話 （ 0567 ） 24 - 1111

次のとおり被保険者の資格を喪失・適用を終了したので届け出ます。

届出 区分	☐ 資格喪失（全部・一部） ☐ 適用終了（全部・一部）	喪失・終了年月日 令和 年 月 日	被保険者記号・番号
転出後住所での世帯構成変更の有無		・世帯主変更（有・無） ・世帯員変更（有・無）	

現住所	前住所	職業
フリガナ 氏 名 ツシマ タロウ 津 島 太 郎	性 別 男・女 男	世帯主との続柄 本人 同 上
フリガナ 氏 名 ツシマ ハナコ 津 島 花 子	性 別 男・女 女	世帯主との続柄 子 1234 5678 9012
フリガナ 氏 名 昭・平・令 年 月 日	性 別 男・女	世帯主との続柄
フリガナ 氏 名 昭・平・令 年 月 日	性 別 男・女	世帯主との続柄
フリガナ 氏 名 昭・平・令 年 月 日	性 別 男・女	世帯主との続柄

国民健康保険を抜けられる方の氏名・
生年月日・性別・世帯主との続柄・
個人番号を記入してください

理 由	☐ 転出 ☐ 死亡 ☐ 健保等加入 ☐ 生保開始 ☐ 国保組合加入 ☐ 職権削除 ☐ その他（ ）	備 考 欄	受診（有・無） 本人請求説明（済・未済） 特定健診受診（有・無）
-----	---	-------	--

記 入 者 ☐ 世帯主と同じ	住所 氏名	☐ 世帯主住所と同じ 世帯主との続柄（ ） 電話（ ） -
--	----------	---

本人 確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 旅券（パスポート） ☐ 基礎年金番号通知書、年金証書 ☐ 資格確認書等 ☐ 介護保険 ☐ その他（ ）	この届出を記入いただいている方の住所・ 氏名・世帯主との続柄・電話番号を記入し てください
----------	--	---

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とする。