

記入例

大崎市国民健康保険被保険者 資格喪失届

【 郵送用申請様式 】

国保の記号番号を記入

この用紙を記入した月日を記入。

届出人は、勤務先の社会保険等に参加した本人、または、同一世帯の方に限ります。
電話番号は、必ず連絡のとれる番号を記入してください。携帯電話でも構いません。

勤務先の社会保険等に参加した本人の氏名等を記入。

本人①の扶養に入り、社会保険となった方がいれば、その方の氏名等も記入。
欄が足りない場合は、裏面に氏名・フリガナ・個人番号・生年月日・性別・続柄を同様に記入してください。

国民健康保険の記号番号	み大崎 1 A 234567
記入月日	令和 2 年 5 月 1 日
届出人	
住所	宮城県大崎市 古川七日町1番1号
世帯主氏名	大崎 太郎
届出人氏名	大崎 次郎
日中連絡のとれる電話番号	0229-23-6051 または 090-1234-xxxx

No	勤務先の社会保険等に参加した方		性別	世帯主との続柄
1	フリガナ 氏 名	オオサキ ジロウ 大崎 次郎	男・女	子
	個人番号	1234 5678 xxxx		
	生年月日	○ 昭・平・令 50 年 6 月 29 日		

No	1 の方の社会保険等の扶養になった方		性別	世帯主との続柄
2	フリガナ 氏 名	オオサキ ハナコ 大崎 花子	男・女	子の妻
	個人番号	9876 5432 ●●●●		
	生年月日	○ 昭・平・令 53 年 11 月 21 日		
3	フリガナ 氏 名	オオサキ サツロウ 大崎 三郎	男・女	子の子
	個人番号	9012 1234 ○○○○		
	生年月日	○ 昭・平・令 15 年 3 月 3 日		
4	フリガナ 氏 名		男・女	
	個人番号			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		

【 同封するもの 】

- ① 社会保険の加入日が確認できる書類（写）
（保険証・資格確認書・資格情報のお知らせ等）
 - ② 国保の保険証または資格確認書（原本）
 - ③ 資格喪失届（この用紙）
- ※①②は、社会保険等に参加した全員分です。

【 送付先 】

〒989-6188
大崎市古川七日町1-1
大崎市役所民生部保険年金課
（電話 0229-23-6051）

※なお、社会保険等に参加したことにより年金の履歴も変更になりますので、国民年金係へ情報を提供します。ご了承ください。