

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 】

国保の保険証の右上の『番号』を記入。

国民健康保険の記号番号	み大崎 2 A 234567
-------------	----------------

この用紙を記入した月日を記入。

記入月日	令和 2 年 1 月 1 日
------	----------------

届出人は、勤務先の社会保険等に加入した本人、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。

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

勤務先の社会保険等に加入した本人の氏名等を記入。

No	勤務先の社会保険等に加入した方	性別	世帯主との続柄
1	フリガナ 氏名	男・女	子
	個人番号		
	生年月日		

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。

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	男・女	子の妻
	個人番号		
	生年月日		
3	フリガナ 氏名	男・女	子の子
	個人番号		
	生年月日		
4	フリガナ 氏名	男・女	
	個人番号		
	生年月日		

※忘れずに、社会保険に加入した全員の分の社会保険証(コピー)と国保の保険証(原本)を同封してください。この記入例の場合は、No1・2・3の3名分が必要です。

【 同封するもの 】	【 送付先 】
① 社会保険等の保険証(コピー)	〒989-6188
② 国保の保険証(原本)	大崎市古川七日町1-1
③ 資格喪失届(この用紙)	大崎市役所民生部保険年金課
※①②は、社会保険等に加入した全員分です。	(電話 0229-23-6051)

※なお、社会保険等に加入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。