

# 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 】

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

記入月日	年 月 日
------	-------

届出人	
住所	宮城県大崎市
世帯主氏名	_____
届出人氏名	_____
日中連絡のとれる電話番号	_____

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	
	個人番号			
	生年月日	昭・平・令 年 月 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		男・女	
	個人番号			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		

3	フリガナ 氏名		男・女	
	個人番号			
	生年月日	昭・平・令 年 月 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 社会保険等の保険証（コピー）  
 ② 国保の保険証（原本）  
 ③ 資格喪失届（この用紙）  
**※①②は、社会保険等に加入した全員分です。**

**【 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。