

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	令和 年 月 日
届 出 人	宮城県大崎市 住 所 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。