

次の【必要なもの】を保険給付課へ郵送してください。

【必要なもの】

①住所、氏名、日中連絡の取れる電話番号、やめる理由（社会保険等に加入した等）を記入した用紙  
（用紙の様式は任意です。次ページに参考様式がありますので参照ください。）

②国保の保険証原本

③加入した社会保険等の保険証コピー

\*②③については、社会保険（扶養）に入った方全員分です。

【送付先】

〒989-6188（住所の記載は不要です。）

大崎市役所民生部保険給付課

（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。

# 大崎市国民健康保険被保険者 資格喪失届

【 郵送用参考様式 】

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

記入月日	平成 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 生年月日	男・女	

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 生年月日	男・女	
③	フリガナ 氏名 生年月日	男・女	
④	フリガナ 氏名 生年月日	男・女	

<b>【 同封するもの 】</b> 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。	<b>【 送付先 】</b> 〒989-6188 大崎市古川七日町1-1 大崎市役所民生部保険給付課 （電話 0229-23-6051）
---	--

# 記入例

## 大崎市国民健康保険被保険者 資格喪失届 【 郵送用参考様式 】

国保の保険証の右上の『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。

勤務先の社会保険等に加入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・生年月日・性別・続柄を同様に記入してください。

※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、①②③の3名分必要です。

国民健康保険の記号番号	み大崎 <b>1 A 234567</b>
記入月日	平成 <b>20</b> 年 <b>11</b> 月 <b>19</b> 日
届出人	
住所	宮城県大崎市 <b>古川七日町1番1号</b>
世帯主氏名	<b>大崎 太郎</b>
届出人氏名	<b>大崎 二郎</b>
日中連絡のとれる電話番号	<b>0229-23-6051</b>

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 生年月日 <b>オオサキ ジロウ</b> <b>大崎 二郎</b> 昭平 <b>50</b> 年 <b>6</b> 月 <b>29</b> 日	男・女 <input checked="" type="radio"/> 男	子

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 生年月日 <b>オオサキ ハナコ</b> <b>大崎 花子</b> 昭平 <b>53</b> 年 <b>11</b> 月 <b>21</b> 日	男・女 <input checked="" type="radio"/> 女	子の妻
③	フリガナ 氏名 生年月日 <b>オオサキ サヲロウ</b> <b>大崎 三郎</b> 昭平 <b>15</b> 年 <b>3</b> 月 <b>3</b> 日	男・女 <input checked="" type="radio"/> 男	子の子
④	フリガナ 氏名 生年月日 昭平 年 月 日	男・女	

### 【 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給付課  
( 電話 0229-23-6051 )