

国民健康保険資格喪失届

※太枠内のみ記入してください

(宛先) 大津市長
次のとおり届け出ます

届出日	. .
-----	-----

受付	本庁
	支所

記号番号	滋大
------	----

住所	滋賀県大津市									
	連絡がとれる電話番号									

世帯主	個人番号										届出人	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人(委任状)		

※マイナ保険証とは、健康保険証利用登録のされたマイナンバーカードのことです。

社保情報

別添のとおり

記号					
番号					
枝番	①	②	③	④	⑤
事業所名・保険者名					
保険者番号					
被保険者氏名					
資格取得日・扶養認定日					
資格喪失日					

異動者の氏名 (フリガナ)	世帯主との続柄	性別	生年月日	職業	マイナ保険証※	国保資格		証情報
			個人番号			取得	喪失	
①		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	. .	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 有(知) <input type="checkbox"/> 無(確)	取得	. .	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送
②		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	. .	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 有(知) <input type="checkbox"/> 無(確)	取得	. .	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送
③		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	. .	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 有(知) <input type="checkbox"/> 無(確)	取得	. .	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送
④		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	. .	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 有(知) <input type="checkbox"/> 無(確)	取得	. .	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送
⑤		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	. .	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 有(知) <input type="checkbox"/> 無(確)	取得	. .	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 郵送

取得
<input type="checkbox"/> 社保離脱 <input type="checkbox"/> 国保組合離脱 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> 後期非該当 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他取得

喪失
<input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 国保組合加入 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 後期該当 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他喪失

得喪年月日 確認
<input type="checkbox"/> 保険証等 <input type="checkbox"/> 取得・喪失証明書 <input type="checkbox"/> 電話確認 事業所名 保険者名 担当者 電話番号 <input type="checkbox"/> その他 ()

備考欄

事務確認欄														
<table border="1"> <tr><th>受付</th></tr> <tr> <td> 本人確認 (<input type="checkbox"/> 委任状) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年金手続 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 未 → 備考欄 所得申告 <input type="checkbox"/> 市申告 <input type="checkbox"/> 簡易申告 <input type="checkbox"/> 勸奨のみ 未納状況対応 → 備考欄 </td> </tr> </table>	受付	本人確認 (<input type="checkbox"/> 委任状) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年金手続 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 未 → 備考欄 所得申告 <input type="checkbox"/> 市申告 <input type="checkbox"/> 簡易申告 <input type="checkbox"/> 勸奨のみ 未納状況対応 → 備考欄	<table border="1"> <tr><th>点検</th></tr> <tr> <td> 世帯メモ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 備考欄 所得申告 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → 受付者へ 未納状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 収納係へ 特別療養等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 収納係へ </td> </tr> <tr> <td> <table border="1"> <tr> <td>受付</td> <td>入力</td> <td>点検</td> <td>社保情報</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>連絡先</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	点検	世帯メモ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 備考欄 所得申告 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → 受付者へ 未納状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 収納係へ 特別療養等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 収納係へ	<table border="1"> <tr> <td>受付</td> <td>入力</td> <td>点検</td> <td>社保情報</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>連絡先</td> </tr> </table>	受付	入力	点検	社保情報				連絡先
受付														
本人確認 (<input type="checkbox"/> 委任状) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年金手続 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 未 → 備考欄 所得申告 <input type="checkbox"/> 市申告 <input type="checkbox"/> 簡易申告 <input type="checkbox"/> 勸奨のみ 未納状況対応 → 備考欄														
点検														
世帯メモ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 備考欄 所得申告 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 → 受付者へ 未納状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 収納係へ 特別療養等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 収納係へ														
<table border="1"> <tr> <td>受付</td> <td>入力</td> <td>点検</td> <td>社保情報</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>連絡先</td> </tr> </table>	受付	入力	点検	社保情報				連絡先						
受付	入力	点検	社保情報											
			連絡先											

国民健康保険資格喪失届

※太枠内のみ記入してください

(宛先) 大津市長
次のとおり届け出ます

届出日 6 . 12 . 2

記入例
(太枠内はすべてご記入ください)

受付	本庁
	支所

記号番号	滋大
------	----

社保情報
別添のとおり

記号

住所 滋賀県大津市 御陵町3番1号 国保マンション101号

連絡がとれる電話番号 077 - 528 - 2751

世帯主 国保 太郎

届出人 世帯主 世帯員 代理人(委任状)

届出人 同左

届出人と異動者が同一の場合、チェックだけで構いません。

世帯主と届出人が同一の場合、チェックだけでも構いません。

①	②	③	④	⑤
① コクホ タロウ 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 S45 . 2 . 5 <input checked="" type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 届出人と同じ	② コクホ ハナコ 妻 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 S48 . 7 . 5 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input checked="" type="checkbox"/> その他	③ コクホ ジロウ 子 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 H7 . 5 . 2 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input checked="" type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他	④ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他	⑤ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他

個人番号(マイナンバー)を記載してください。

- 取得
- 社保離脱
 - 国保組合離脱
 - 生活保護廃止
 - 後期非該当
 - 転入
 - 出生
 - その他取得

異動者(国保を離脱する人)について、氏名等をご記入ください。

その他喪失

電話番号

その他 ()

・必ず喪失される全員の社会保険の保険証・資格確認書・資格情報のお知らせのコピーを添付してください。

・国民健康保険証は返却願います。

提出先
〒520-8575
大津市御陵町3番1号
大津市役所 保険年金課 資格給付係

欄者へ係へ係へ情報連絡先