

記載事項（全項目必須） ※太枠の中のみ記入してください												【区処理欄】			
記入日		令和 西暦	年 月 日			資格喪失日	令和 西暦	年 月 日			・社保・共済加入の場合は資格取得日の翌日 ・国保組合加入の場合は資格取得日		受付日	地区	
世帯主 (届出人)	氏名	(フリガナ)					保険証 番号						<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 全部喪失 <input type="checkbox"/> 一部喪失		
	個人番号						電話						備考		
	住所	〒 - 神戸市 区										未納あり ・ 未納なし ・ 還付あり			
		氏名					続柄					口座振替・自主納・特徴・記事済			
		個人番号（マイナンバー）										納通・未納分納付書（ / 発送）			
国民健康保険 を脱退する人 ※脱退する人 全員記載	①						世帯主・妻・夫・子 その他（ ）					受付	入力	点検	
	②						世帯主・妻・夫・子 その他（ ）								
	③						世帯主・妻・夫・子 その他（ ）					注意事項			
	④						世帯主・妻・夫・子 その他（ ）								
	⑤						世帯主・妻・夫・子 その他（ ）								
チェックリスト（チェック必須）												書類の不備がある場合は、書類一式を返送することがあります。			
必要書類（同封するもの）						脱退する人について						受付印			
<input type="checkbox"/> 国民健康保険証の原本（脱退する人全員分） <input type="checkbox"/> 返還します <input type="checkbox"/> 破棄または紛失等により返還できません						<input type="checkbox"/> 個人番号（マイナンバー）の変更はありません。 ※個人番号が分からない場合もここにチェックしてください ※マイナンバーを変更した場合は氏名の下の枠内に 変更後のマイナンバーをご記載ください。									
<input type="checkbox"/> 新しく加入した保険の保険証コピー 注）脱退する人全員分が必要です。															