

< 資格喪失届【郵送専用】記入例 >

・太枠内の青字で記載をしている箇所にご自身の情報を記入してください。
 ・黒のボールペンで記入してください。
 「消せるボールペン」は使用しないでください。 ※ 訂正は2重線で行ってください

【社会保険・共済に加入した場合】
 ・社保、共済加入日の翌日を記入してください
 (例) 社会保険加入日 12月1日
 ⇒12月2日と記載してください

【国保組合に加入した場合】
 ・国保組合加入日の当日を記入
 (例) 国保組合加入日 12月1日
 ⇒12月1日と記載してください

神戸市(区)長苑

社会保険・国保組合・共済組合加入に伴う国民健康保険資格喪失届

郵送専用

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		令和〇〇年〇〇月〇〇日		資格喪失日		令和〇〇年〇〇月〇〇日		社会保険・共済加入の場合〇〇年〇〇月〇〇日		国保組合加入の場合は資格取得日		
世帯主 (届出人)	氏名	コウベ タロウ 神戸 太郎						保険証 番号	△△△△△△△△			
	個人番号	△△△△△△△△△△△△△△△△						電話	×××-×××-××××			
	住所	〒650-8570 神戸市 中央 区 加納町6-5-1						備考				
氏名		神戸 太郎						続柄				
個人番号(マイナンバー)		△△△△△△△△△△△△△△△△						世帯主・妻・夫・子 その他()				
国民健康保険 を脱退する人 ※脱退する人 全員記載	①	神戸 花子						世帯主(妻)・夫・子 その他()				
	②	神戸 一郎						世帯主・妻・夫(子) その他()				
	③	××××××××××××××						世帯主・妻・夫・子 その他()				
	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)										注意事項		
必要書類(同封するもの)					脱退する人について					受付印		
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 破棄または紛失等により返還できません <input checked="" 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。					<input checked="" 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は、下の枠にチェックしてください <input type="checkbox"/> ※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。							

国民健康保険の保険証番号を記載してください。

この度、勤務先の健康保険に加入された方全員を記入してください

マイナンバーが記載できる場合、記載してください

同封物を確認の上、チェックしてください

マイナンバーの変更が無い場合、マイナンバーがわからない場合こちらをチェックしてください。