

届出年月日

〇〇年 〇〇月 〇〇日



国民健康保険被保険者資格喪失届

杉並区長宛

※太線の枠内を記入してください。

世帯主	下記のとおり届け出ます。			届出代理人	※世帯主以外の方は記入してください。		
	住所	杉並区 阿佐谷南 1 丁目 15 番 1 号	方		住所	丁目 番 号	方
氏名	杉並 太郎	電話	自宅 03 (0000) 0000 携帯・他 090 (0000) 0000	氏名	電話		

フリガナ 脱退する方の氏名	生年月日	返却できない理由	保険証 回収	高齢 受給者証	備考
スギナミ タロウ 杉並 太郎	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	1 なくした 2 忘れた 3 その他()	有・無 訂正 返封済	2割・3割 回収 有・無	
スギナミ ハナコ 杉並 花子	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	① なくした 2 忘れた 3 その他()	有・無 訂正 返封済	2割・3割 回収 有・無	
	昭和 平成 年 月 日	1 なくした 2 忘れた 3 その他()	有・無 訂正 返封済	2割・3割 回収 有・無	
	昭和 平成 年 月 日	1 なくした 2 忘れた 3 その他()	有・無 訂正 返封済	2割・3割 回収 有・無	

事由	1.他区 2.都内 3.地方 4.組国 5.社保 6.生保 7.職消 8.認喪 9.国外 10.死亡 11.誤加入 12.その他 13.後期		
区分	全部 ・ 一部	事由発生年月日 . .	
記番号	15- -	資格喪失年月日 . .	
受付場所	受付	入力	点検
国保資格係	に連絡済		

誓約書		転出年月日 . .
上記の理由により、被保険者証を資格喪失届と共に返却できませんが、資格喪失後の治療については杉並区に負担をかけない事を誓約いたします。		転出先住所
		新被保険者証記載事項
平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		健康保険記号番号
世帯主氏名 杉並 太郎		保険者名称
		保険者所在地
		電話 ()

※届出時に被保険者証を返還できない場合は誓約書に記入してください