

# 国民健康保険被保険者資格喪失(適用終了)届

泉大津市長様



普・擬

世帯主	住所	泉大津市			
	氏名	TEL	自宅	携帯	
申請者	住所				
	氏名	TEL	自宅	携帯	
転出先	住所				

資格喪失区分	全部	転出	死亡	社会保険加入	生活保護開始	職権消除	その他		
	一部								

枝番	氏名	生年月日	世帯主との続柄	個人番号	被保険者証番号	津国	一般	
							短期	資
		昭平 令 . .			事実の発生した日	令和	年	月 日
		昭平 令 . .			資格喪失(適用終了)年月日	令和	年	月 日
		昭平 令 . .			社会保険証の 交付年月日	令和	年	月 日
		昭平 令 . .						
		昭平 令 . .						
		昭平 令 . .						
		昭平 令 . .						
誓約書	被保険者証紛失のため返納できませんが資格喪失後の診療については貴市に負担をかけないことを誓約いたします。			主変 →	<input type="checkbox"/> 医療機関受診 (あり なし) <input type="checkbox"/> 返納金説明済 <input type="checkbox"/> 同・申 <input type="checkbox"/> 返信用封筒渡し済 <input type="checkbox"/> 保険証回収入力済			
	世帯主氏名				葬祭費 <b>5</b> 万円 申請済・案内済	電算処理		
	届出人氏名			保険料		給付		