国民健康保険被保険者　　資格喪失届・適用終了届

記号番号		資格喪失年月日	年　月　日		
喪失・終了区分	全部　・　一部	適用終了年月日	年　月　日		
新保険記号番号			世帯	本人	被扶
		単			
新保険者名		混合			

転出の場合新住所	

	喪失する方の氏名（フリガナ）	性別	世帯主との続柄	生年月日及び個人番号	職業
Ⅰ		男・女		S・H・R　年　月　日	自営業　・　会社員 学生　・　無職 パート・アルバイト
Ⅱ		男・女		S・H・R　年　月　日	自営業　・　会社員 学生　・　無職 パート・アルバイト
Ⅲ		男・女		S・H・R　年　月　日	自営業　・　会社員 学生　・　無職 パート・アルバイト
Ⅳ		男・女		S・H・R　年　月　日	自営業　・　会社員 学生　・　無職 パート・アルバイト
Ⅴ		男・女		S・H・R　年　月　日	自営業　・　会社員 学生　・　無職 パート・アルバイト

資格喪失・適用終了理由

①転出　②社保加入　③国保組合加入　④生保適用　⑤死亡
⑥障害認定による後期移行　⑦その他

上記のとおり届けます。

年　月　日

世帯主住所　小松島市
（届出人）
世帯主氏名
（届出人）
世帯主個人番号
（届出人）
（電話番号：　　）

小松島市長　様

窓口来庁者 ※世帯主の場合は記入不要	□世帯主と同住所(記載省略)　□代理人住所 住所 氏名　　続柄 （電話番号：　　）

誓　約　書

被保険者証又は資格確認書を紛失し返還することができませんが、資格喪失後の診療については小松島市に負担をかけないことを誓約いたします。

年　月　日

世帯主氏名

※太枠の中をご記入ください。

本人確認	□マイナンバーカード □運転免許証 □パスポート □（　　）	課長	主幹	課長補佐	係長	係	課税入力