

( 一 部 ・ 包 括 )

# 国民健康保険被保険者資格喪失届

担当者確認欄

被保険者証	記号	070	資格喪失 年月日	令和	年	月	日
	番号						

電算入力

(保険税賦課  
税務課)

加入区分	一般・退職
------	-------

被保険者となる者の 個人番号・氏名	世帯主 との続柄	生年月日	資格喪失 理由	備考
----------------------	-------------	------	------------	----

葬祭費  
支給

1	個人番号		昭・平・令 .	転出	<input type="checkbox"/> 70歳以上の方の 転出は負担区分 証明を交付！  <input type="checkbox"/> 遡及喪失 の場合、資 格の無い期 間保険証を 使っていない か確認！  <input type="checkbox"/> 使ってい た場合、後 日返還の請 求をさせてい たきます。  <input type="checkbox"/> 月内の受 診であれば、 医療機関へ お届けくださ い。  <input type="checkbox"/> 死亡  <input type="checkbox"/> その他
2			昭・平・令 .	社会保険 加入	
3			昭・平・令 .	後期高齢 医療該当	
4			昭・平・令 .	生活保護 開始	
5			昭・平・令 .	死亡	
6			昭・平・令 .		
7			昭・平・令 .		
8			昭・平・令 .		

電算入力	
保険証	<input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 破棄 お願い
高齢受給者証 葬祭費申請	

遠賀町長 殿

令和 年 月 日

上記のとおり届けます。

住所 遠賀町

世帯主 氏名

電話番号 ( — — )

個人番号