

課長専決

主管課長	課長補佐	主幹	参事	主事	支所長	課員

喪

国民健康保険被保険者資格喪失届

被保険者証記号番号 あさぎり 号 資格喪失年月日 平成・令和 年 月 日

被保険者となる者の氏名	世帯主との続柄	性別	生年月日	年齢	保険証回収
1		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		有・無
個人番号					
2		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		有・無
個人番号					
3		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		有・無
個人番号					
4		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		有・無
個人番号					
5		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日		有・無
個人番号					

資格喪失の理由 転出 ・ 社会保険加入 ・ 生活扶助開始
死亡 ・ その他

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

世帯主 住所 あさぎり町 番地

氏名 印

連絡先 — —

あさぎり町長 様

※社会保険加入の場合、裏面に写しを添付してください。
 ※生活扶助開始の場合、保護開始決定通知書の写しを添付してください。

子ども医療

受付者

子ども医療

受付者