

国民健康保険被保険者 一部・包括 資格喪失届				
被保険者記号・番号		—		
No.	被保険者氏名	世帯主との 続柄	生 年 月 日	該当項目
	個 人 番 号			
1			昭・平・令 ・	子 障 親
2			昭・平・令 ・	子 障 親
3			昭・平・令 ・	子 障 親
4			昭・平・令 ・	子 障 親
5			昭・平・令 ・	子 障 親
資格喪失の年月日		平成・令和 ・ ・		
資格喪失の事由		転出 生活扶助開始 社会保険加入 後期加入		
備 考				

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

世帯主 住 所 大川市大字

氏 名 _____

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号 — —

大川市長 殿

還付	還 付 金 受 取 口 座	資格確認書等	電算処理
有 ・ 無	☐ 世帯主名義の口座	☐ 回収 (入力含む)	
	銀行・信金 本店 農協・労金 支店 当座		
	口座番号 口座名義人 (カタカナ)	☐ 未回収	納税通知書
	☐ 公金受取口座を利用します。(※名義が世帯主の場合)		☐ 交付済 ☐ 未発行
	☐ 名義が世帯主以外の口座		
	別紙「還付金振込口座指定書」を提出。		