

< 資格喪失届【郵送専用】記入例 >

- ・ 太枠内の青字で記載をしている箇所にご自身の情報を記入してください。
- ・ 黒のボールペンで記入してください。
- 「消せるボールペン」は使用しないでください。 ※ 訂正は2重線で行ってください

【社会保険・共済に加入した場合】
 ・ 社保、共済加入日の翌日を記入してください
 (例) 社会保険加入日 12月1日
 ⇒ 12月2日と記載してください

【国保組合に加入した場合】
 ・ 国保組合加入日の当日を記入
 (例) 国保組合加入日 12月1日
 ⇒ 12月1日と記載してください

国民健康保険の被保険者番号を記載してください。

この度、勤務先の健康保険に加入された方全員を記入してください

マイナンバーが記載できる場合、記載してください

同封物を確認の上、チェックしてください
 資格確認書・資格情報のお知らせは返却の必要はありませんので、処分をお願いします。

マイナンバーの変更が無い場合、マイナンバーがわからない場合こちらをチェックしてください。

新しい保険者で発行された、資格確認書又は資格情報のお知らせのコピーを添付しているかを確認の上、チェックしてください。

神戸市 (区) 長宛

社会保険・国保組合・共済組合加入に伴う国民健康保険資格喪失届

郵送専用

記載事項 (全項目必須) ※太枠の中のみ記入してください										【区処理欄】		
記入日		令和〇〇年〇〇月〇〇日			資格喪失日			令和〇〇年〇〇月〇〇日		受付日	地区	
世帯主 (届出人)	氏名	神戸 太郎						保険証 番号	△△△△△△△△			<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 全部喪失 <input type="checkbox"/> 一部喪失 備考 未納あり ・ 未納なし ・ 還付あり <input type="checkbox"/> 口座振替 ・ 自主納 ・ 特徴 ・ 記事済 納通 ・ 未納分納付書 (/ 発送)
	個人番号	△△△△△△△△△△△△△△△△						電話	×××-×××-××××			
	住所	〒 650 - 8570 神戸市 中央 区 加納町6-5-1										
国民健康保険 を脱退する人 ※脱退する人 全員記載	氏名		神戸 太郎			続柄		世帯主・妻・夫・子				
	個人番号 (マイナンバー)		△△△△△△△△△△△△△△△△			その他 ()						
	氏名		神戸 花子			続柄		世帯主 (妻)・夫・子				
	個人番号 (マイナンバー)		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			その他 ()						
	氏名		神戸 一郎			続柄		世帯主・妻・夫 (子)				
個人番号 (マイナンバー)		××××××××××××××××			その他 ()							
氏名					続柄		世帯主・妻・夫・子					
個人番号 (マイナンバー)					その他 ()							
氏名					続柄		世帯主・妻・夫・子					
個人番号 (マイナンバー)					その他 ()							
チェックリスト (チェック必須)												
必要書類 (同封するもの)					脱退する人について							
<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険証の原本 (脱退する人全員分) <input type="checkbox"/> 返還します <input type="checkbox"/> 破棄または紛失等により返還できません <input checked="" type="checkbox"/> 新しく加入した保険の保険証コピー (注) 脱退する人全員分が必要です。					<input checked="" type="checkbox"/> 個人番号 (マイナンバー) の変更はありません。 ※個人番号がわからない場合もここにチェックしてください <input type="checkbox"/> ※マイナンバーを変更した場合は変更後のマイナンバーを 変更後のマイナンバーをご記載ください。							
					書類の不備がある場合は、書類一式を返送することがあります。 個人番号 (マイナンバー) が記載できる場合、氏名欄 の下の枠内に記載し番号確認書類・本人確認書類コ ピーも添付してください。 ※個人番号がわからない場合は、左のチェックリスト の個人番号欄にチェックしてください。							
					受付印							