

国民健康保険被保険者資格喪失届(郵送用)

江戸川区長殿

届 出 者	住所
	氏名
	世帯主からみた関係 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> その他()

届出日 令和 年 月 日

住 所	江戸川区	日中連絡がとれる電話番号
	丁目 番 号	

フリガナ 世帯主名 個人番号	国民健康保険記号番号 23 -
----------------------	------------------------

江戸川区国民健康保険をやめる人		性別	世帯主との続柄
1	フリガナ 氏名 生年月日 個人番号		
2	フリガナ 氏名 生年月日 個人番号		
3	フリガナ 氏名 生年月日 個人番号		
4	フリガナ 氏名 生年月日 個人番号		
5	フリガナ 氏名 生年月日 個人番号		

加入保険欄	
記号	番号
被保険者氏名	
資格取得(認定)日	令和 年 月 日
会社名	
所在地	
電話	()
保険者名称	
保険者番号	
電話	()

喪失コード	13・16	受付	入力	審査	保険証等回収欄	備考欄
喪失年月日	R 年 月 日				回収済	本人確認 免、パ、個力、住、在 保、医、年、プ、通知書、他()
擬主設定	有 無				未回収	番号確認 個力、通カ、シ、他()