

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 丁目 番 号	日中連絡がとれる電話番号	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	加入保険欄	
1	フリガナ 氏名 生年月日 個人番号			記号	番号
2	フリガナ 氏名 生年月日 個人番号			被保険者氏名	
3	フリガナ 氏名 生年月日 個人番号			資格取得(認定)日	平成・令和 年 月 日
4	フリガナ 氏名 生年月日 個人番号			会社名	
5	フリガナ 氏名 生年月日 個人番号			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、個カ、住、在 保、医、年、プ、通知書、他()
擬主設定	有 無				未回収	番号確認	個カ、通カ、シ、他()