

国民健康保険資格喪失届(郵送用) 国保給付一国保課税一年金・後期

羽村市長 あて

※緑の枠内をご記入ください。

異動日	国保	年金	資格チェック
年 月 日			

届出日	年 ① 月 日	②氏名	世帯主及び対象者のマイナンバー（個人番号）を取得することについて同意します。
申請者 (該当に○)	1 本人 → ②④に記入	④電話番号(自・勤・携)	⑥ (申請者署名)
	2 世帯主 → ②④に記入	⑤代理人住所	
	3 代理人 → ②④⑤⑥に記入	⑥関係	
住所	羽村市 丁目 番地 ③ 号	マンション・アパート名称・部屋番号	世帯主氏名 ④
世帯主マイナンバー（個人番号） ⑤			

ふりがな 氏名	生年月日	性別	続柄 (主、妻、子など)	職業	基礎年金番号 マイナンバー(個人番号)
1	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	男・女			
2	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	男・女			
3	昭和・平成・令和 ⑦ 西暦 年 月 日	男・女			
4	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	男・女			
5	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日	男・女			

市職員記入欄	
免バマイ住力障在保CC診	()
世帯区分	全部 ・ 一部
国保区別	全部 ・ 一部
記号・番号	50 - -
世帯主資格	有 ・ 擬主
喪失事由	転出 死亡 社保 組合 生保 その他 ()
保険証回収	回収 未回収 その他 ()
保険者名	
記号・番号	
被保険者区分	本人 ・ 被扶養
取得年月日	・ ・
退職・喪失	・ ・
被扶養者 取得日	済 ()
	その他

- 【記入内容】**
- ① 申請書の記入日
 - ② 申請者の世帯での区分・氏名・電話番号
(別世帯の代理人が申請する場合は「⑤代理人住所」と「⑥関係」も記入)
 - ③ 住民票上の住所
(羽村市を転出した後に申請を行う場合、羽村市在住時の住所を記入)
 - ④ 住民票上の世帯主の氏名
 - ⑤ 住民票上の世帯主のマイナンバー
 - ⑥ 世帯主及び対象者のマイナンバーが不明の場合に申請者が記入
 - ⑦ 国民健康保険の資格を喪失する対象者の情報

必要書類の添付漏れがないか、下記のチェックリストにて確認をお願いします。

- 新しい健康保険証（写）（健康保険証が変わった方全員分）
- 今まで使っていた羽村市の国民健康保険証（原本）（健康保険証が変わった方全員分）
- 申請書に記入をした人の本人確認書類の写し（別紙「本人確認書類の写し添付欄」に添付してください）。

※代理人が申請を行う場合、本人確認書類の写し以外に、委任状が必要となります。ご注意ください。