

電算入力 被保険者証

※ 太線の枠内 □ をご記入ください。

# 国民健康保険資格喪失届

包 括  
一 部

被保険者証  
記号番号

久

資格喪失年月日

令和 年 月 日

被 保 険 者 氏 名		続柄	性別	個人番号・生年月日	保険証 回収	喪失事由
ふりがな			男		有 無	転 出 ※納付確認  社保加入 ※受診確認  生保開始  死 亡 後期高齢者加入  そ の 他
1		女	昭・平・令 年 月 日			
ふりがな			男		有 無	
2		女	昭・平・令 年 月 日			
ふりがな			男		有 無	
3		女	昭・平・令 年 月 日			
ふりがな			男		有 無	
4		女	昭・平・令 年 月 日			
ふりがな			男		有 無	
5		女	昭・平・令 年 月 日			
ふりがな			男		有 無	
6		女	昭・平・令 年 月 日			

備考

返還の説明 済 ・ 未  
返信用封筒 済

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

世帯主 住所 京都府久世郡久御山町

氏 名

個人番号

届出人 住所 (世帯主と同じ住所の場合は不要)

氏 名

(電話

印)

(あて先) 久御山町長