

別記様式第5号（第16条関係）

一般 退職		国民健康保険被保険者資格喪失届											
被保険者証記号・番号		木津川								資格喪失年月日	年月日		
世帯員喪失区分		全部・一部				世帯区分				一般・退職 混合	一般・退職 混合		
	氏名			生年月日			世帯主との続柄		資格喪失理由		備考		
1											他市町村へ転出		記号
	個人番号												
2											組合国保へ		番号
	個人番号												
3											社会保険加入		保険者名
	個人番号												
4											生活保護開始		
	個人番号												
5											死亡		
	個人番号												
											その他		

上記のとおり資格を喪失したので被保険者証を添えてお届けいたします。

木津川市長様

年月日 世帯主住所 木津川市

氏名 (印)

電話() 一

個人番号

誓約書

被保険者証紛失のため返納できませんが資格喪失後の診療については貴市に負担をかけないことを誓約いたします。

年月日

氏名 (印)