

|     |     |         |           |           |             |           |       |
|-----|-----|---------|-----------|-----------|-------------|-----------|-------|
| 決 裁 |     | 処 理     |           |           |             |           |       |
| 課 長 | 合 議 | 電 算 入 力 | 賦 課 徴 収 台 | 異 動 整 理 簿 | 被 保 険 者 帳 台 | 資 格 確 認 書 | 受 付 印 |
|     |     |         |           |           |             | 回 収       |       |
|     |     |         |           |           |             | 訂 正       |       |

|                                                      |          |                 |  |  |         |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
|------------------------------------------------------|----------|-----------------|--|--|---------|---------|--|--|---------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------|--|--|----------------------------|--|--|
| 一 般                                                  | 退 職      | 国民健康保険被保険者資格喪失届 |  |  |         |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
| 被 保 険 者 番 号                                          |          | 木津川             |  |  |         |         |  |  |               | 資 格 喪 失 日   |                                                                       | 年 月 日       |  |  |                            |  |  |
| 世 帯 員 喪 失 区 分                                        |          | 全 部 ・ 一 部       |  |  |         | 世 帯 区 分 |  |  |               | 一般・退職<br>混合 |                                                                       | 一般・退職<br>混合 |  |  |                            |  |  |
|                                                      | 氏 名      |                 |  |  | 生 年 月 日 |         |  |  | 世 帯 主<br>との続柄 |             | 資 格 喪 失 理 由                                                           |             |  |  | 備 考                        |  |  |
| 1                                                    |          |                 |  |  | 年 月 日   |         |  |  |               |             | 他市町村へ転出<br><br>組合国保へ<br><br>社会保険加入<br><br>生活保護開始<br><br>死亡<br><br>その他 |             |  |  | 記 号<br><br>番 号<br><br>保険者名 |  |  |
|                                                      | 個人<br>番号 |                 |  |  |         |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
| 2                                                    |          |                 |  |  | 年 月 日   |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
|                                                      | 個人<br>番号 |                 |  |  |         |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
| 3                                                    |          |                 |  |  | 年 月 日   |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
|                                                      | 個人<br>番号 |                 |  |  |         |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
| 4                                                    |          |                 |  |  | 年 月 日   |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
|                                                      | 個人<br>番号 |                 |  |  |         |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
| 5                                                    |          |                 |  |  | 年 月 日   |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
|                                                      | 個人<br>番号 |                 |  |  |         |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
| 上記のとおり資格を喪失したので資格確認書を添えてお届けいたします。                    |          |                 |  |  |         |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
| 木津川市長 宛て                                             |          |                 |  |  |         |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
| 年 月 日 世帯主 住 所 木津川市                                   |          |                 |  |  |         |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
| 氏 名                                                  |          |                 |  |  |         |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
| 電 話 (       )       —                                |          |                 |  |  |         |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
| 個人番号                                                 |          |                 |  |  |         |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
| 誓 約 書                                                |          |                 |  |  |         |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |
| 資格確認書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                                                  |          |                 |  |  |         |         |  |  |               |             |                                                                       |             |  |  |                            |  |  |