

決 裁		処 理					
課 長	合 議	電算入力	賦課徴収 台帳	異 動 整 理 簿	被保険者 帳 台	資格確認書	受 付 印
記載例						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 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			国保を喪失される方の氏名など（喪失される方全員記入ください）					
氏 名		生 年 月 日			世 帯 主 との続柄								
1	個人 番号	年 月 日						 他市町へ転出 組合国保へ 社会保険加入 生活保護開始 死亡 その他	記 号				
2	個人 番号	年 月 日							番 号				
3	個人 番号	年 月 日							保 険 者 名				
4	個人 番号	年 月 日											
5	個人 番号	年 月 日											
<p>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。</p> <p>木津川市長 宛て</p> <p>年 月 日</p> <p>↑</p> <p>郵送する日</p> <p>世帯主 住 所 木津川市</p> <p>氏 名</p> <p>電 話 () —</p> <p>個人番号</p>													
<p>誓 約 書</p> <p>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ることを誓約いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏 名</p>													