

受付番号	
------	--

# 資格喪失届

(国民健康保険)

届出 人	住所
	氏名
	電話
	個人番号(マイナンバー)

(あて先)成田市長

※赤枠の中を黒色のボールペンでお書きください。

届出年月日	年 月 日	住所	成田市	世帯主氏名
異動年月日	年 月 日			

NO.	フリガナ	生年月日	性別	世帯主との続柄	職業	個人番号 (マイナンバー)	国民年金			
	氏名						1	基番	得	喪
1		年 月 日	男・女		会社員・自営 アルバイト・なし その他( )		1	基番	得	喪
2		年 月 日	男・女		会社員・自営 アルバイト・なし その他( )		1	基番	得	喪
3		年 月 日	男・女		会社員・自営 アルバイト・なし その他( )		1	基番	得	喪
4		年 月 日	男・女		会社員・自営 アルバイト・なし その他( )		1	基番	得	喪
5		年 月 日	男・女		会社員・自営 アルバイト・なし その他( )		1	基番	得	喪

備考	国保番号	新	他保の状況	取得日	
		旧		記号	
	受付	処理	区分	番号	
				保険者	
			本人被扶( )		
			資格取得	1. 転入 2. 出生 3. 他保 4. 生保 5. その他加入( )	
		資格喪失	1. 転出 2. 死亡 3. 他保 4. 生保 5. その他喪失( )		
		変更	1. 主変更 2. 転居 3. 氏名変更 4. その他( )		
		保険証	1. 交付(済・ ) 2. 回収(済・ ) 3. 差替(済・ )		

- 免  パ
- 個  住
- 在
- その他