

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											
対象者(手続きする人数分記入)			世帯主との続柄		職 業		マイナ保険証登録状況 (国保資格喪失時は不要)		国 民 年 金			
1	フリガナ		<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不明	1	基番					
	氏 名	□男・□女										
	生年月日	年 月 日					個人番号				任	得
2	フリガナ		<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不明	1	基番					
	氏 名	□男・□女										
	生年月日	年 月 日					個人番号				任	得
3	フリガナ		<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不明	1	基番					
	氏 名	□男・□女										
	生年月日	年 月 日					個人番号				任	得
4	フリガナ		<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不明	1	基番					
	氏 名	□男・□女										
	生年月日	年 月 日					個人番号				任	得
5	フリガナ		<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不明	1	基番					
	氏 名	□男・□女										
	生年月日	年 月 日					個人番号				任	得
備考			国保番号	新	取得	転入・海外転入・出生・他保・生保・その他()						
			変	変更	主変・氏名変更・転居・分離・合併・その他()							
			旧	喪失	転出・海外転出・死亡・他保・生保・その他()							
			受付者	<input type="checkbox"/> 資格確認書 (No.1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ (No.1・2・3・4・5)		交付・差替・回収(済・未・郵)						

- 免 バ
個 在
その他