

受付番号	
------	--

# 【記載例】 資格喪失届

(国民健康保険)

住所	成田市花崎町760
氏名	成田 太郎
電話	0476-22-1111、090-0000-0000
個人番号(マイナンバー)	000000000000

(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	令和●年 ●月 ●日	住所	成田市 花崎町760	世帯主氏名	成田 太郎
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	ナリタ タロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> その他( )	<input checked="" 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( )	1 基番 任 得 喪
	氏名	成田 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不明	
	生年月日	昭和●年 ●月 ●日	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0	
2	フリガナ	ナリタ ハナコ	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 子 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他( )	1 基番 任 得 喪
	氏名	成田 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不明	
	生年月日	平成●年 ●月 ●日	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 1	
3	フリガナ	ナリタ イチロウ	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他( )	1 基番 任 得 喪
	氏名	成田 一郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不明	
	生年月日	令和●年 ●月 ●日	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 2	
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( )	1 基番 任 得 喪
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不明	
	生年月日	年 月 日	個人番号		
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( )	1 基番 任 得 喪
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 不明	
	生年月日	年 月 日	個人番号		
備考		国保番号	新 変 旧	取得 変更 喪失	転入・海外転入・出生・他保・生保・その他( ) 主変・氏名変更・転居・分離・合併・その他( ) 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