

国民健康保険被保険者 資格喪失（適用終了）届

令和 年 月 日 届出				恩納村長 殿				
喪失理由	1 転出 2 社会保険加入 3 死亡 4 生保開始 5 その他（ ）							
被保険者証 記号・番号		恩 国		異動年月日		令和 年 月 日		全部 一部
	異動する方の氏名	世帯主との 続 柄	性 別	生 年 月 日 個 人 番 号			職 業	
1		本人・妻・夫・子 （ ）	男 女	昭・平・令 年 月 日	個人番号[]		なし・会社員・自営業・学生 パートアルバイト（ ）	
2		本人・妻・夫・子 （ ）	男 女	昭・平・令 年 月 日	個人番号[]		なし・会社員・自営業・学生 パートアルバイト（ ）	
3		本人・妻・夫・子 （ ）	男 女	昭・平・令 年 月 日	個人番号[]		なし・会社員・自営業・学生 パートアルバイト（ ）	
4		本人・妻・夫・子 （ ）	男 女	昭・平・令 年 月 日	個人番号[]		なし・会社員・自営業・学生 パートアルバイト（ ）	
5		本人・妻・夫・子 （ ）	男 女	昭・平・令 年 月 日	個人番号[]		なし・会社員・自営業・学生 パートアルバイト（ ）	
6		本人・妻・夫・子 （ ）	男 女	昭・平・令 年 月 日	個人番号[]		なし・会社員・自営業・学生 パートアルバイト（ ）	
住 所		恩納村字					<input type="checkbox"/> 職権処理	
世帯主氏名		Ⓜ					世帯主の被保険者資格 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	
TEL		自宅 （ ）			携帯 （ ）			
届 出 人	住 所	※世帯主以外の場合、記入 <input type="checkbox"/> 世帯主と同住所						
	氏 名	Ⓜ		続 柄	妻・夫・子・その他（ ）			
	TEL	（ ）						

[備考]							
資 格 ・ 給 付 関 連				賦 課 関 連			
受 付	保険証交付	保険証回収	喪失後受診	1月1日現在	賦課異動	納付書発行	還 付
	<input type="checkbox"/> 済・ <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 済・ <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 返信用	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 説明	<input type="checkbox"/> 村内 <input type="checkbox"/> 村外 <input type="checkbox"/> 国外	<input type="checkbox"/> 済・ <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 期限（ ）	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 用紙記入