

様式第1号 (第9条関係)

取得 国民健康保険資格喪失届 変更										決裁 課長 課長補佐 係長 係					
整理番号		現住所 結城市大字結城1447				資格の得喪及び変更の年月日 資格取得喪失年月日 変更年月日				世帯の種別 普通世帯 擬制世帯					
被保険者氏名		続柄	性別	生年月日	宛名番号 個人番号	高	備考	資格得喪及び変更事由							
1	結城 太郎	世帯主	男	S 60年 4月 30日				取得	新規	1 転入	2 社保離脱				
2	結城 花子	妻	女	H 2年 3月 1日					追加	3 出生	4 生保廃止				
3			男女	年月日				喪失	全部	1 転出	2 社保加入				
4			男女	年月日					一部	3 死亡	4 生保開始				
5			男女	年月日				変更		世帯合併	世帯分離	世帯変更			
6			男女	年月日						住所変更	氏名変更	発 返	法第116条		
7			男女	年月日						世帯主変更	旧世帯主 理由				
社会保険の 記号番号		記号 番号			学	交付対象となる学校				特	交付対象となる施設, 旅行, 出稼				
被保険者氏名		本人	被扶養者	修学 年限	自 年	至 年	ヶ月	自 年	至 年	年	月	日	年	月	日
社保適用 年月日		本人	年月日	名称											
事業所 名称 所在地		上記のとおり被保険者証を添えて届けます。 令和2年 4月 1日													
保険者 名称 所在地 番号		住所 結城市大字結城1447 届出人(世帯主) 氏名 結城 太郎 個人番号 (電話 0123 - 45 - 6789 )													

処 理 欄	
区分	取扱者 印
被 保 険 者 台 帳	
異 動 整 理 簿	
被 保 険 者 証	発 行
	訂 正
	回 収
出 産 育 児 一 時 金	
葬 祭 費	
保 險 税	
後 期 高 齢 者	
医 療 福 祉	
国 民 年 金	

「資格喪失証明書」に氏名の記載があり、結城市の国保に加入される方全員の名前等を記載してください。

届出人は世帯主です。  
日中連絡のつく電話番号を  
記入してください。

印