

※勤務先の健康保険資格情報がわかる書類のコピー(脱退する方全員分)と、国保の保険証または資格確認書(原本)を必ず同封してください。

郵送専用

杉並区長宛



国民健康保険被保険者適用終了届

届出年月日 年 月 日		住所 杉並区 丁目 番 号 方		※世帯主以外の方は記入してください。 住所 丁目 番 号 方	
世帯主 氏名		電 話	自 宅	氏名	
個人番号		電 話	携帯・他	電 話	

※太線の枠内を記入してください。

枝番	フリガナ		生 年 月 日	返却できない理由	個人番号	保険証等回収	
	脱退する方の氏名					保険証等	高齢証
			昭 平 令 西 曆 .	1 なくした 2 忘れた 3 その他()		有・無 訂 正 返封済	2割・3割 回 収 有・無
			昭 平 令 西 曆 .	1 なくした 2 忘れた 3 その他()		有・無 訂 正 返封済	2割・3割 回 収 有・無
			昭 平 令 西 曆 .	1 なくした 2 忘れた 3 その他()		有・無 訂 正 返封済	2割・3割 回 収 有・無
			昭 平 令 西 曆 .	1 なくした 2 忘れた 3 その他()		有・無 訂 正 返封済	2割・3割 回 収 有・無

事由	1.転出 2.社保加入 3.生保開始 4.死亡 5.職権適用終了 6.他適用終了 7.組合加入 8.後期加入障害認定			備考欄	転出年月日	. .
区分	全部・一部	事由発生年月日			転出先住所	
記号番号	15- -	適用終了年月日			健康保険記号番号	
受付場所	受付	入力	点検		保険者名称	
国保年金課国保資格係(郵送)					保険者所在地	
				電話	()	