

届出年月日

年 月 日



国民健康保険被保険者適用終了届

杉並区長宛

※太線の枠内を記入してください。

世帯主	下記のとおり届け出ます。			届出代理人	※世帯主以外の方は記入してください。							
	住所	杉並区	丁目		番	号	方	住所	丁目	番	号	方
	氏名	電	自 宅		氏 名	電 話						
個人番号	話	携帯・他										

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	2割・3割
			昭 平 令 西 曆	1 なくした 2 忘れた 3 その他()		訂 正 返封済	回 収 有・無
			昭 平 令 西 曆	1 なくした 2 忘れた 3 その他()		有・無	2割・3割
			昭 平 令 西 曆	1 なくした 2 忘れた 3 その他()		訂 正 返封済	回 収 有・無
			昭 平 令 西 曆	1 なくした 2 忘れた 3 その他()		有・無	2割・3割
			昭 平 令 西 曆	1 なくした 2 忘れた 3 その他()		訂 正 返封済	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			新被保険者証記載事項	健康保険記号番号	
受付場所		受付	入力			点検	保険者名称
国保資格係 に連絡済							保険者所在地
					電話 ()		