

専務理事	事務局長	事務局次長	業務係長	係	支部

国民健康保険被保険者資格喪失届

法人・個人

被保険者 記号・番号		資格喪失 年月日		令和 年 月 日
氏名	組合員 との続柄	生年月日	資格喪失理由	
		昭平令	1 廃業 2 退職(月日) 3 離籍 4 別居	
個人番号			5 国民健康保険加入	
		昭平令	6 国保組合加入 〔資格取得年月日〕 令和 年 月 日 被保険者証の写しを添付してください	
個人番号			7 社会保険加入 〔資格取得年月日〕 令和 年 月 日 被保険者証の写しを添付してください	
個人番号		昭平令	8 後期高齢者医療広域連合加入(障害認定) 〔資格取得年月日〕 令和 年 月 日 被保険者証の写しを添付してください	
個人番号			9 生活保護適用 〔生活保護開始年月日〕 令和 年 月 日 生保開始決定通知書の写しを添付してください	
個人番号		昭平令	10 死亡 〔死亡年月日〕 令和 年 月 日 死亡診断書等の写しを添付してください	
個人番号			11 その他 具体的に書いてください 〔 〕	

上記のとおり被保険者証を添えて届出します。

(注)被保険者証を返還できなかった場合は紛失届を提出してください。

乙組合員氏名

令和 年 月 日

甲組合員氏名

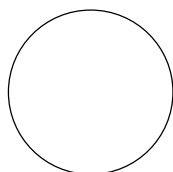
電話番号

名古屋市食品国民健康保険組合理事長様

所属業態組合長確認欄

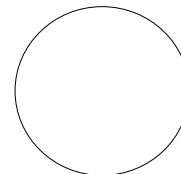
資格喪失証明書郵送先(自宅・店舗)(その他 〒)

支部で確認 (記入)	1 保険料は 月分まで収納	業種コード	業態組合名	資格喪失証明書	要 ・ 不要
	2 資格喪失者は世帯全員・一部			被保険者証	回収 ・ 紛失



本部
受付
印

保険料		確認欄	
還付	月～ 月分 円× ケ月分	・申請内容の確認	
差し替え	月分	・添付書類の確認	



支部
受付
印