

国民健康保険（世帯・一部）喪失届

豊中市長 あて
次のとおり届け出ます。

記号番号 豊国

受付印

届出日	年 月 日 (太枠の中をご記入ください)	
届出人氏名	(個人番号)	世帯主からみた続柄
	本人・配偶者・子 その他 ()	届出人住所・連絡先
		豊中市
		電話 ()

住所・連絡先	届出人と同じ・豊中市
	電話 ()
方書	(マンション名・ビル名・会社名・店名等)

喪失事由		
11	(国外)転出	16 死亡
12	社保加入	17 その他喪失
13	国組加入	18 年齢到達喪失
14	生保開始	19 障害認定喪失
15	職権抹消	20 住所地特例喪失

世帯主・資格喪失者を記入してください。	続柄	氏名	個人番号		年齢	性別	前年中の収入の有無	喪失事由	喪失年月日	所得確認	続柄確認	国保証	高齢証
			生年月日	(個人番号)									
	(フリガナ)		大・昭 平・令 西暦	年 月 日生	歳	男・女	有・無		年 月 日	済	済	回収 封筒交付 紛失	回収 封筒交付 紛失
	(フリガナ)		大・昭 平・令 西暦	年 月 日生	歳	男・女	有・無		年 月 日	済	済	回収 封筒交付 紛失	回収 封筒交付 紛失
	(フリガナ)		大・昭 平・令 西暦	年 月 日生	歳	男・女	有・無		年 月 日	済	済	回収 封筒交付 紛失	回収 封筒交付 紛失
	(フリガナ)		大・昭 平・令 西暦	年 月 日生	歳	男・女	有・無		年 月 日	済	済	回収 封筒交付 紛失	回収 封筒交付 紛失
	(フリガナ)		大・昭 平・令 西暦	年 月 日生	歳	男・女	有・無		年 月 日	済	済	回収 封筒交付 紛失	回収 封筒交付 紛失

備考	受付	入力者	確認者	更正月	保険料			世帯主	管轄地区
				月	<input type="checkbox"/> 口座 <input type="checkbox"/> 還付 <input type="checkbox"/> 納付相談 <input type="checkbox"/> バッチ処理	<input type="checkbox"/> 通知書のみ(旧・新) <input type="checkbox"/> 納付書手交付(旧・新) <input type="checkbox"/> 納付書郵送交付(旧・新)	非自発的 旧被扶養・旧国 ペイジー・口座	案内申請 案内申請 案内登録 依頼書交付	擬主 主変 擬→普 普→擬

国民健康保険（世帯・一部）喪失届

豊中市長 あて
次のとおり届け出ます。

記入見本	記号番号 豊国
-------------	---------

受付印

届出日	年 月 日 (太枠の中をご記入ください)	
届出人氏名	(個人番号) 豊中 太郎	世帯主からみた続柄 本人 配偶者・子 その他 ()
届出人住所・連絡先	豊中市 中桜塚 3丁目 1番 1号	
電話	06 (6858) 2301	

住所・連絡先	豊中市 届出人と同じ	電話 ()
方書	(マンション名・ビル名・会社名・店名等) 12ケタの個人番号を記載	

喪失事由		
11	(国外)転出	16 死亡
12	社保加入	17 その他喪失
13	国組加入	18 年齢到達喪失
14	生保開始	19 障害認定喪失
15	職権抹消	20 住所地特例喪失

世帯主・資格喪失者を記入してください。	続柄	氏名	個人番号		年齢	性別	前年中の収入の有無	喪失事由	喪失年月日	所得確認	続柄確認	国保証	高齢証
			生年月日	生年月日									
世帯主	(フリガナ)	豊中 太郎	(個人番号) 大・昭 平・令 西暦	〇〇年 1月 1日生	43 歳	男・女 男	有・無 有		年 月 日	済	済	回収 封筒交付 紛失	回収 封筒交付 紛失
妻	(フリガナ)	豊中 花子	(個人番号) 大・昭 平・令 西暦	〇〇年 1月 1日生	41 歳	男・女 女	有・無 無		年 月 日	済	済	回収 封筒交付 紛失	回収 封筒交付 紛失
	(フリガナ)		(個人番号) 大・昭 平・令 西暦						年 月 日	済	済	回収 封筒交付 紛失	回収 封筒交付 紛失
	(フリガナ)		(個人番号) 大・昭 平・令 西暦						年 月 日	済	済	回収 封筒交付 紛失	回収 封筒交付 紛失
	(フリガナ)		(個人番号) 大・昭 平・令 西暦						年 月 日	済	済	回収 封筒交付 紛失	回収 封筒交付 紛失

必要事項を記入していただき、下記資料とともに送付してください。
 1. 資格喪失する人全員の国民健康保険証
 (喪失してしまっている場合は左下の備考欄にその旨を記入してください。)
 2. 新たに加わった職場の健康保険の保険証のコピー(表面のみ)
 3. 世帯主および脱退する方全員の「マイナンバーカード」または「マイナンバーの分かる書類」のコピー
 4. 届出人の運転免許証などの本人確認書類のコピー

備考	受付	入力者	確認者	更正月	保険料			世帯主	管轄地区	
					月	<input type="checkbox"/> 口座 <input type="checkbox"/> 還付 <input type="checkbox"/> 納付相談 <input type="checkbox"/> バッチ処理	<input type="checkbox"/> 通知書のみ(旧・新) <input type="checkbox"/> 納付書手交付(旧・新) <input type="checkbox"/> 納付書郵送交付(旧・新)	<input type="checkbox"/> 非自発的 <input type="checkbox"/> 旧被扶養・旧国 <input type="checkbox"/> ペイジー	<input type="checkbox"/> 案内申請 <input type="checkbox"/> 案内申請 <input type="checkbox"/> 案内登録 <input type="checkbox"/> 案内依頼書交付	<input type="checkbox"/> 擬主 <input type="checkbox"/> 主変 <input type="checkbox"/> 擬→普 <input type="checkbox"/> 普→擬