

決 裁			処 理				
部 長	課 長	係 長	賦課徴収台帳	異動整理簿	被保険者台帳	被 保 険 者 証	受 付 印
						回 収	
						訂 正	

国民健康保険被保険者資格喪失届							
被 保 険 者 証 号 記 号 ・ 番 号		原 一		資 格 喪 失 年 月 日		年 月 日	
世 帯 員 喪 失 区 分		全 部 ・ 一 部		転 出 先			
世 帯 種 別		一 般 ・ 擬 制 ・ 単 独 ・ 混 合		変 更		有 (→) ・ 無	
被保険者となる者の氏名		世帯主との続柄	性別	生 年 月 日		備 考	資 格 取 得
1			男・女	昭和 平成 令和 . .			転 出 社 保 加 入 組 合 国 保 加 入 生 保 開 始 死 亡 そ の 他
	個人番号						
2			男・女	昭和 平成 令和 . .			
	個人番号						
3			男・女	昭和 平成 令和 . .			
	個人番号						
4			男・女	昭和 平成 令和 . .			
	個人番号						
5			男・女	昭和 平成 令和 . .			
	個人番号						
6			男・女	昭和 平成 令和 . .			
	個人番号						
7			男・女	昭和 平成 令和 . .			
	個人番号						

上記のとおり資格を喪失したので被保険者証を添えてお届けします。

令和 年 月 日

住 所 宇治田原町

世帯主氏名

電 話 番 号 () -

個 人 番 号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

宇治田原町長 様

被保険者証紛失のため返納できませんが、資格喪失後の診察については、貴町に負担をかけないことを誓約します。

令和 年 月 日

氏 名

国民健康保険税還付請求書兼口座振込依頼書

宇治田原町長 様

国民健康保険被保険者資格喪失届に伴い、国民健康保険税に還付金が発生した場合は、下記口座に振り込むことを依頼します。

なお、請求者と口座名義人が異なる場合は、還付金の受け取りについて世帯主と問題が生じても、世帯内にて解決します。

令和 年 月 日

<請求者（世帯主）>

住所

氏名

印

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店名	本店 支店 出張所
	預金種目	普通・当座・その他	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			