

決裁	課長	課長補佐	係長	主査	係

国民健康保険被保険者資格喪失届

記号番号	083	資格喪失年月日	年 月 日
------	-----	---------	-------

記号 番号 【新保険者】・健保福岡 ・その他() (保険者番号)

番号	マイナンバー	氏 名 (フリガナ)	生 年 月 日	性別	続 柄	摘 要
1		()	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		本人・家族 枝番
2		()	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		本人・家族 枝番
3		()	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		本人・家族 枝番
4		()	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		本人・家族 枝番
5		()	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		本人・家族 枝番
6		()	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		本人・家族 枝番
7		()	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		本人・家族 枝番

資格喪失事由	① 転 出	年 月 日	⑤ 世帯主変更	年 月 日
	② 社保加入	年 月 日	⑥ 職 権	年 月 日
	③ 生保開始	年 月 日	⑦ 世帯分離	年 月 日
	④ 死 亡	年 月 日	⑧ その他	年 月 日

上記のとおり被保険者証を添えて届けます。 連絡先Tel — —

令和 年 月 日

住所 田川郡福智町

世帯主氏名

福智町長 殿

世帯主マイナンバー * * * * *

届出人氏名

処理	被保険者台帳	更正通知	納付書・口座	税務協議	マイナンバー確認	対応者

連絡事項	
------	--