

茨木市 国民健康保険被保険者資格喪失届

(届出先)

茨木市長

申請者
氏名
(世帯主)

フリガナ



※自署の場合は押印不要です

記入日 令和 年 月 日

個人番号

受付

住所

茨木市

町
丁目

番
番地

号

(かたがき) 例：〇〇アパート・〇〇寮・〇〇荘・〇〇マンション

電話
番号

自宅

072- -

世帯主
携帯

- -

国保を脱退される方

氏名

生年月日

性別

続柄

個人番号

フリガナ

昭和
平成
令和

. .

男

①

女

フリガナ

昭和
平成
令和

. .

男

②

女

フリガナ

昭和
平成
令和

. .

男

③

女

フリガナ

昭和
平成
令和

. .

男

④

女

フリガナ

昭和
平成
令和

. .

男

⑤

女

フリガナ

昭和
平成
令和

. .

男

⑥

女

〈市使用欄〉

市受領日 令和 年 月 日

全喪

一喪

社保取得

他国保取得

死亡

生保開始

国保喪失
年月日

令和 年 月 日

国保番号

被
保
険
者
証

一般

回収

未

高齢受給者証

回収

未

回収日

令和 年 月 日

処理

納付書発行・還付

精算

済・未

(備考)

葬祭費

支給・未支給

※新たに加入中の健康保険証（脱退される方全員分のコピー）を必ず添付してください。

※お手元にある本市国民健康保険証をお返してください。

※太枠のみご記入をお願いします。